Aus dem Institut für Soziale Medizin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. R. Brennecke

Zum Entschluß schwanger zu werden und auszutragen

Inaugural-Dissertation zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen der
Freien Universität Berlin

Vorgelegt von: Armin Schilling
geboren in Sindelfingen 6

1985

Aus dem Institut für Soziale Medizin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. R. Brennecke

Zum Enschluß schwanger zu werden und auszutragen

Inaugural - Dissertation zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen der
Freien Universität Berlin

Vorgelegt von: Armin Schilling
geboren in Sindelfingen 6

Referent: Prof. Dr. P. Goebel

Korreferent: Prof. Dr. M. Stauber

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am 4.7.1985

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Problemstellung	5
2.	Material und Methode der Untersuchung	9
	E R G E B N I S S E	
3.	Soziale Situation	
3.1.	Alter und Altersstruktur der Schwangeren mit Partner und Vergleich	12
3.2.	Familienstand	14
3.3.	Kinderzahl	17
3.4.	Schulbildung mit Partner	19
3.5.	Berufsausbildung	24
3.6.	Wohnraumsituation	25
3.7.	Subjektive Einschätzung der Wohnsituation in Relation zur Wohnungsgröße	26
3.8.	Subjektive Einschätzung der finanziellen Situation	27
4.	Herkunftsfamilie	
4.1.	Geschwister und Stellung innerhalb der Geschwisterreihe	30
4.2.	Verhältnis zu den Eltern als Kind von Patientinnen und Partnern	33
4.3.	Einstellung der Eltern der Patientinnen zur jetzigen Schwangerschaft	34
4.4.	Berufliche Qualifikation von Mutter und Tochter	35

		Seite
5.	Partnerbeziehung	37
5.1.	Dauer der Ehe	38
5.2.	Nach wieviel Ehemonaten kommt es zur Erstschwangerschaft?	38
5.3.	Dauer der Partnerschaft (für Ledige)	39
5.4.	Nach wieviel Monaten Partnerschaft kommt es zur Erstschwangerschaft?	40
5.5.	Qualität der Beziehung zum Partner	41
6.	Antikonzeptionsverhalten und Familienplanung	44
6.1.	Einnahme der Pille und Verträglichkeit	45
6.2.	Prinzipielle Ablehnung der Pille	48
6.3.	Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten bei früheren Schwangerschaften	50
6.4.	Wird nach Erfüllung des Kinderwunsches eine Sterilisation erwogen?	50
6.5.	Der Wunsch schwanger zu werden in Relation zum Antikonzeptionsverhalten	51
6.6.	Gespräch mit dem Partner über Kinderwunsch	52
6.7.	Waren die früheren Kinder geplant/ungeplant?	53
6.8.	Wie lange wurde für die jetzige Schwangerschaft "geübt"?	55
6.9.	Warum kommt es gerade JETZT zur Schwangerschaft?	56
7.	Vergleich der Schwangeren die die Schwangerschaft austragen mit Schwangeren, die sie abbrechen lassen	57
8.	Diskussion	61
9.	Zusammenfassung	64
10.	Literatur	67

Anhang: Frage- und Einschätzungsbogen
Danksagung
Lebenslauf

1. PROBLEMSTELLUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Fragen nach Faktoren, die die Entscheidung, sich ein Kind zu wünschen, schwanger zu werden und die Schwangerschaft auszutragen, bestimmen.
Seit 1965 sehen wir uns in der Bundesrepublik Deutschland mit der Tatsache stark zurückgehender Geburtenzahlen konfrontiert: die Zahl der Geburten fiel von 1 006 470 im Jahr 1964 auf 501 475 im Jahr 1978 (Statistisches Jahrbuch Berlin 1980).
Mag der Geburtenrückgang im letzten Jahrzehnt in den europäischen Industrienationen noch so dramatisch erscheinen, so handelt es sich dabei um eine Erscheinung, die - von kurzen Unterbrechungen abgesehen - bereits vor dem Ersten Weltkrieg einsetzte. HÖLLEIN (1931) bemerkt dazu, "daß in Deutschland seit der Reichsgründung ein fast ununterbrochenes Sinken der Geburtenziffer zu verzeichnen ist. In den fünfeinhalb Jahrzehnten seit 1875 hat sie sich um mehr als die Hälfte verringert." Die Abnahme der Geburten ist vor allem durch die reduzierte Zahl der Heiratswilligen, das höhere Heiratsalter und durch die stark angestiegene Scheidungsquote bestimmt. (Statistisches Jahrbuch Berlin 1980).
Die Zahl der Eheschließungen hat seit dem Jahr 1962, in dem sie rund 530 000 betrug, auf 350 000 im Jahr 1979 abgenommen (SCHWARZ 1980). Bezogen auf 1 000 Einwohner sank die Zahl der Eheschließungen von 9.3 auf 5.7.
Die Familienstruktur der Berliner Bevölkerung hat sich im Laufe des Berichtsjahres durch die verschiedenen Bevölkerungsbewegungen verändert, weil die Anzahl der Ledigen spürbar (um 1.6%) und die der Geschiedenen geringfügig (um 0.6%) zugenommen hat (Berliner Statistik 1982).
Vor allem bei den jungen Erwachsenen stieg der Anteil der Ledigen stark an.
Bisherige Arbeiten versuchten zu klären, warum die betroffenen Frauen und Männer immer weniger Kinder haben

und/oder haben wollen; es wird jedoch nicht nach den Gründen für den Kinderwunsch und den Bedingungen für seine Realisierung gefragt.
Immer weniger Paare möchten heute mehrere Kinder, sondern sind mit einem oder zwei Kindern zufrieden (JÜRGENSEN 1982). Nach SILKENBEUMER (1979) waren und sind die generativen Faktoren entscheidend: Der Geburtenrückgang ist in erster Linie "Ausdruck eines veränderten Zeugungsverhaltens." Nicht der Wunsch nach Kindern ist zurückgegangen, sondern die Realisierung dieses Wunsches. MACKENSEN (1979) gibt vielfältige Ursachen für den Rückgang der Kinderzahl wie veränderte Ausbildungsbedingungen,ein anderes Selbstverständnis Unverheirateter usw. an.
Es fehlt an Arbeiten, die sich mit der Genese des Kinderwunsches bei Frauen und Männern und den Wechselwirkungen zwischen Kinderwunsch sowie sozialen und gesellschaftlichen Faktoren auseinandersetzen. Aus psychoanalytischer Sicht gibt es Arbeiten, die den Kinderwunsch als/zum Identitätserleben einer Frau gehörend beschreiben (MITSCHERLICH-NIELSEN 1978). MITTAG und JAGENOW (1984) untersuchten Frauen nach Motiven für Schwangerschaft und Geburt und fanden, daß dem Kinderwunsch eine wichtige Funktion in der psychischen Organisation der Frauen zukommt. Das Kind soll kompensatorischer Ersatz für fehlende zwischenmenschliche Beziehungen sein, es soll Identität und Lebenssinn geben, es soll den Ausdruck regressiver Bedürfnisse erlauben, die Partnerschaft bereichern und schließlich soll es durch die Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt auch neuartiges Körpererleben möglich machen. Dieser funktionelle Charakter des Kinderwunsches wird von anderen Autoren bestätigt (BERNINGHAUSEN 1980, OTTOMEYER 1977). Möglicherweise steht hinter dem Bedürfnis, den Kinderwunsch zu begründen, ein gesellschaftlicher Zwang, jedes Bedürfnis begründen zu müssen. Vielleicht handelt es sich beim Kinderwunsch schlicht um ein archaisches Bedürfnis.

Auf den Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und männlicher Identität geht lediglich eine Arbeit von WYATT (1975) ein. Die Vorstellung vom Kinderwunsch als Teil des Identitätserlebens heißt aber nicht, daß der Wunsch unbedingt realisiert werden muß, damit die weibliche Identität erlebt werden kann. Voraussetzung für den bewußten Umgang mit dem Kinderwunsch ist seine Akzeptierung. Durch die Einführung von zuverlässigen Antikonzeptionsmitteln wurde es möglich, mit dem Kinderwunsch gezielter umzugehen und die generative Funktion von der sexuellen Lust zu trennen.
FREUD prophezeite 1898,"daß eines der größten Triumphe der Menschheit und eine der fühlbarsten Befreiungen vom Naturzwang wäre, dem unsere Gesellschaft unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen und beabsichtigten Handlung zu erheben und ihn von der Verquickung mit der notwendigen Befriedigung eines natürlichen Bedürfnisses loszulösen."
Der Kinderwunsch und vor allem seine Verwendung als Ausdruck von Konflikten und Konfliktlösungsversuchen (MERZ 1979, MOLINSKI 1971, GOEBEL 1982 und 1983) hat nichts an seiner Problematik verloren; das zeigt die hohe Zahl an ungewollten Schwangerschaften, die abgebrochen werden.
Trotz besserer Aufklärung über Antikonzeptionsmethoden, ihrer einfachen Anwendung und großer Verbreitung (vor allem der "Pille") gibt es auch heute noch eine hohe Zahl ungewollter Schwangerschaften mit nachfolgendem Abbruch; dies gibt der Arbeit ihre besondere Relevanz.
WIMMER-PUCHINGER (1982) betont, daß "rationale Überlegungen, Phantasien und Gefühle in Hinblick auf die Entscheidung, ob, wann und unter welchen Voraussetzungen ein Baby gewünscht oder akzeptiert wird, stellt für jede Frau, jedes Paar oft ein verwirrendes Ineinandergreifen von verschiedenen Gesichtspunkten dar. Dies bedeutet, jede Frau im reproduktionsfähigen Alter befindet sich in einer mehr oder weniger permanenten und latenten Entscheidungsphase.

Für die Suche nach soziopsychologischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Akzeptierung einer Schwangerschaft, das heißt, für die Erarbeitung von Faktoren, die den Wunsch nach einem Kind und vor allem seine Realisation zum JETZIGEN Zeitpunkt erklären, scheint es mir sinnvoll, Schwangere vor dem Ende ihrer Schwangerschaft zu explorieren, da sie in dieser Situation ihrer Entscheidung zeitlich wie emotional am nächsten stehen und sie in wichtigen Punkten mit Interruptio-Patientinnen zu vergleichen.

2. MATERIAL UND METHODE DER UNTERSUCHUNG

Die Untersuchung fand von Oktober 1982 bis März 1983 im Gesundheitszentrum Gropiusstadt (GZ) statt.
Das GZ wurde 1976 gegründet; es verfügt über 7 ärztliche Fachrichtungen, 8 Arztpraxen, 14 Ärzte (davon 2 Gynäkologen in deren Gemeinschaftspraxis ich meine Befragung durchführte), eine medizinische Bäderabteilung, eine Laborgemeinschaft, Sozialarbeiter, Krankengymnasten und Psychologen (Statt-Buch 2, 1980).
Das GZ legt großen Wert darauf, daß zwischen den einzelnen Fachvertretern ein Austausch stattfindet und berücksichtigt besonders die psychosomatischen Aspekte von Krankheiten.

Während einer Famulatur 1981 im GZ lernte ich einen der beiden Gynäkologen kennen. Aufgrund dieses Kontaktes hatte ich die Möglichkeit, in der gynäkologischen Gemeinschaftspraxis meine Befragung mit Schwangeren durchzuführen. Die beiden Gynäkologen und das medizinische Personal der Praxis waren über meine Arbeit informiert und unterstützten sie.
In der Praxis lag auf dem Anmeldungstresen ein "Informationsblatt für Schwangere" aus, in dem ich kurz die Zielsetzung meiner Arbeit beschrieb und auf die Anonymität der Befragung hinwies. Ich sprach die Schwangeren bei der Anmeldung in der Praxis an und bat sie um ihre Mitarbeit, wobei ich nochmals die Vertraulichkeit aller Informationen betonte.
Für die Befragung wurde mir ein Raum zugewiesen, der von der Praxis getrennt war, so daß die Befragung nicht durch die Hektik und Betriebsamkeit, die bisweilen in der Praxis herrschte, gestört wurde.
Insgesamt wurden 50 Schwangere befragt, die meist zur routinemäßigen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kamen oder in wenigen Fällen aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen die Praxis aufsuchten.

Während des Untersuchungszeitraums (Oktober 1982 bis März 1983) wurden 90 Schwangere in der gynäkologischen Gemeinschaftspraxis betreut.
Die Klientel der Schwangeren setzte sich zu ungefähr der Hälfte aus Frauen zusammen, die in Gropiusstadt leben; die andere Hälfte sind Frauen, die in anderen Stadtteilen Berlins wohnen und meist - neben dem Gynäkologen - noch andere Fachärzte im GZ aufsuchten.

Die befragten Schwangeren stellten eine zufällig ausgewählte Gruppe aller Schwangeren der Praxis dar. Die Frauen verteilten sich auf alle Schwangerschaftsstadien. Auch in bezug auf Alter, soziale Stellung, Kinderzahl, Nationalität usw. traf ich keine Vorauswahl; einzige Bedingung waren ausreichende Deutschkenntnisse.
Allein die freiwillige Bereitschaft zur Mitarbeit an der Untersuchung steuerte die Auswahl.

Ich sprach insgesamt 56 Schwangere an, 50 willigten sofort ein, 4 war es aus zeitlichen Gründen nicht möglich, daran teilzunehmen - die Begründung schien der wirklichen Zeitnot zu entsprechen - und nur 2 Frauen lehnten die Mitarbeit aus prinzipieller Skepsis ab.

Die Exploration dauerte in der Regel eine bis eineinhalb Stunden, wobei es meinerseits keine zeitliche Begrenzung gab. Während der Exploration, die in freier Gesprächsform stattfand, orientierte ich mich an dem Fragebogen zur Erhebung der sozialen Daten, der als Dokumentationsbasis verwendet wurde. Die Exploration wurde mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens mit folgenden Schwerpunkten durchgeführt:

1. Die aktuelle soziale Situation, wobei neben Familienstand und Beruf die finanzielle- und vor allem Wohnsituation von Bedeutung sind.
2. Eine Abklärung der Situation in der Herkunftsfamilie der Partner, da die Art und Weise, wie die eigene Kindheit erlebt wurde, die Bereitschaft und den Wunsch

nach einem Kinde mitbestimmen.

3. Die aktuelle Partnerschaft und die Qualität der Beziehung. Hier steht vor allem die Frage, nach welcher Dauer von Ehe bzw. Partnerschaft es zur Erstschwangerschaft kommt, im Vordergrund.
4. Das bisherige Antikonzeptionsverhalten und der Verlauf von früheren Schwangerschaften. Beide Faktoren werden etwas über die Realisierungsbereitschaft zum JETZIGEN Zeitpunkt aussagen. Intra- und interpsychische Zusammenhänge lassen sich am besten durch die Analyse der psychosozialen Situation zum Konzeptionszeitpunkt erkennen.

Um Aufschluß über die Selbsteinschätzung und die damit verbundene interaktionelle Problematik, die für die Realisierung des Kinderwunsches wichtig ist, zu bekommen, wurde der "Gießen-Test S" vorgelegt.

Alle Frauen beantworteten die beiden Teile meines Befragungsmaterials vollständig:

1) Den Fragebogen zur Erhebung der sozialen Daten mit maximal 150 Fragen.

2) Den "Gießen-Test" zur Selbsteinschätzung (BECKMANN und RICHTER 1979) mit 40 Fragen.

Die Auswertung des "Gießen-Tests S" erfolgte mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung (EDV).
Alle Fragebogen sowie das "Informationsblatt für Schwangere" sind im Anhang in vollem Umfang aufgeführt.
Es ist zu bedauern, daß die Partner bzw. Ehemänner nicht in die Untersuchung miteinbezogen werden konnten.

E R G E B N I S S E

3. SOZIALE SITUATION

3.1. Alter und Altersstruktur der Schwangeren mit Partner und Vergleich

Tab. 1:

Patientinnen		Altersgruppe	Partner	
Anzahl	%	in Jahren	Anzahl	%
0	0.0	bis 20	0	0.0
14	28.0	bis 25	0	0.0
16	32.0	bis 30	16	32.7
18	36.0	bis 35	17	34.7
2	4.0	bis 40	7	14.3
0	0.0	bis 45	5	10.2
0	0.0	bis 50	4	8.1
50	100.0	Total	49 (x)	100.0

(x) 1 Schwangere hat keine Partnerschaft (siehe Kommentar im Text)

Das Alter und die Altersstruktur der Schwangeren stellt einen Aspekt der sozialen Situation dar.
Die Auswertung erfolgte in Altersgruppen zu je 5 Jahren.

Auf die Gruppe 20-24 Jahre entfallen 14 Patientinnen (28.0%), 25-29 Jahre 16 Patientinnen (32.0%) und 30-34 Jahre 18 Patientinnen (36.0%). Zwei Frauen sind zwischen 35 und 40 Jahre alt.
Während die obigen 3 Altersgruppen etwa gleichstark vertreten sind, mit steigender Tendenz zum höheren Alter (Gruppe 20-24 Jahre 28.0%; Gruppe 30-34 Jahre 36.0%) ist auffallend, daß keine der Befragten jünger als 20 Jahre ist. Ein Vergleich mit der Gesamtheit der Schwangeren in Berlin ist nicht

möglich, da diese in der Landesstatistik nicht alters-abhängig erfaßt werden.
Bis auf eine Befragte leben alle Schwangeren in einer Partnerschaft.
Die Partner/Ehemänner sind durchschnittlich 5 Jahre älter. Hier sind die ersten beiden Altersgruppen (bis 20 und 20-24 Jahre) überhaupt nicht vertreten, auf die Gruppe 25-29 Jahre entfallen 16 Partner (32.7%), 30-34 Jahre 17 Partner (34.7%); das Alter der weiteren Partner fächert sich nach oben hin mit abnehmender Tendenz bis 50 Jahre auf.

3.2. Familienstand

Tab. 2:

Patientinnen		Familienstand	
Anzahl	%		
37	74	verheiratet	
13	26	nicht verheiratet	
50	100	Total	
4	8	geschieden (x)	
3	6	gesch. u. wieder verheir.	(y)
0	0	getrennt lebend	

(x) diese Frauen sind im oberen Teil der Tabelle unter der Kategorie "nicht verheiratet" aufgeführt

(y) diese Frauen sind im oberen Teil der Tabelle unter der Kategorie "verheiratet" aufgeführt

Der Familienstand ist ein wichtiger sozialer Faktor, denn es besteht ein Zusammenhang zwischen Eheschließung und Auftreten bzw. Verwirklichung des Kinderwunsches, was in dem Begriff "Mußehe" deutlich wird.
37 Schwangere (74.0%) sind zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet, 13 Schwangere (26.0%) sind ledig.
Der Anteil der nicht verheirateten Schwangeren ist in der von mir befragten Gruppe hoch. 1980 wurden in Berlin auf 16 029 eheliche Kinder 2 671 uneheliche Kinder (ca. 17%) geboren (Statistisches Jahrbuch Berlin 1980). Bei der von mir untersuchten Gruppe liegt der Anteil der unehelichen Kinder bei 26.0%; 74.0% der Kinder sind ehelich geboren. WIMMER-PUCHINGER (1982) fand bei einer Untersuchung mit Erstschwangeren einen Anteil der verheirateten Frauen von 70.1%, was sich mit meinen Daten deckt.

3 Frauen (6.0%) heirateten nach Eintritt der Schwangerschaft, gingen also eine Mußehe ein. Sie gaben alle an, daß sie zwar ihren Partner sowieso geheiratet hätten, jedoch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Schwangerschaft nicht eingetreten wäre. Der Anteil der Mußehen (nur 6.0%) ist sehr gering; FREUNDT (1973) fand bei einer Gruppe von verheirateten Abbruchpatientinnen mit Kindern einen Anteil der Mußehen von 70 % !
Ich stellte jeder der 13 ledigen Schwangeren die Frage, ob vor Geburt des Kindes die Heirat geplant sei, was alle verneinten. Überwiegend hatten sich diese Frauen mit ihren Partnern sehr ausführlich mit dem "Problem Heirat" auseinandergesetzt und - teilweise gegen den Willen der Eltern - sich gegen die Heirat und für unverheiratetes Zusammenleben entschieden.

Mit Hilfe der Daten des Gießen-Tests ermittelte ich die Mittelwertprofile der Selbstbilder von verheirateten und nicht verheirateten Schwangeren und verglich sie varianzanalytisch. (Abb.1)

Die Werte aller Mittelwertprofile liegen im Normbereich, der sich zwischen 40 und 60 erstreckt.
Die Unterschiede in der Skala III sind hoch signifikant: (signifikant: 1.0%-Niveau; hoch signifikant: 0.5%-Niveau). Verheiratete sehen sich in ihrer Selbsteinschätzung deutlich zwanghafter als die nicht verheirateten Schwangeren und halten sich für weniger fähig, ausgelassen zu sein.

Diese Unterschiede können darauf zurückzuführen sein, daß nur 3 der nicht verheirateten Schwangeren bereits ein Kind haben, während bei den 37 Verheirateten bereits 18 Kinder haben (15 je ein Kind und 3 Frauen haben 2 Kinder).

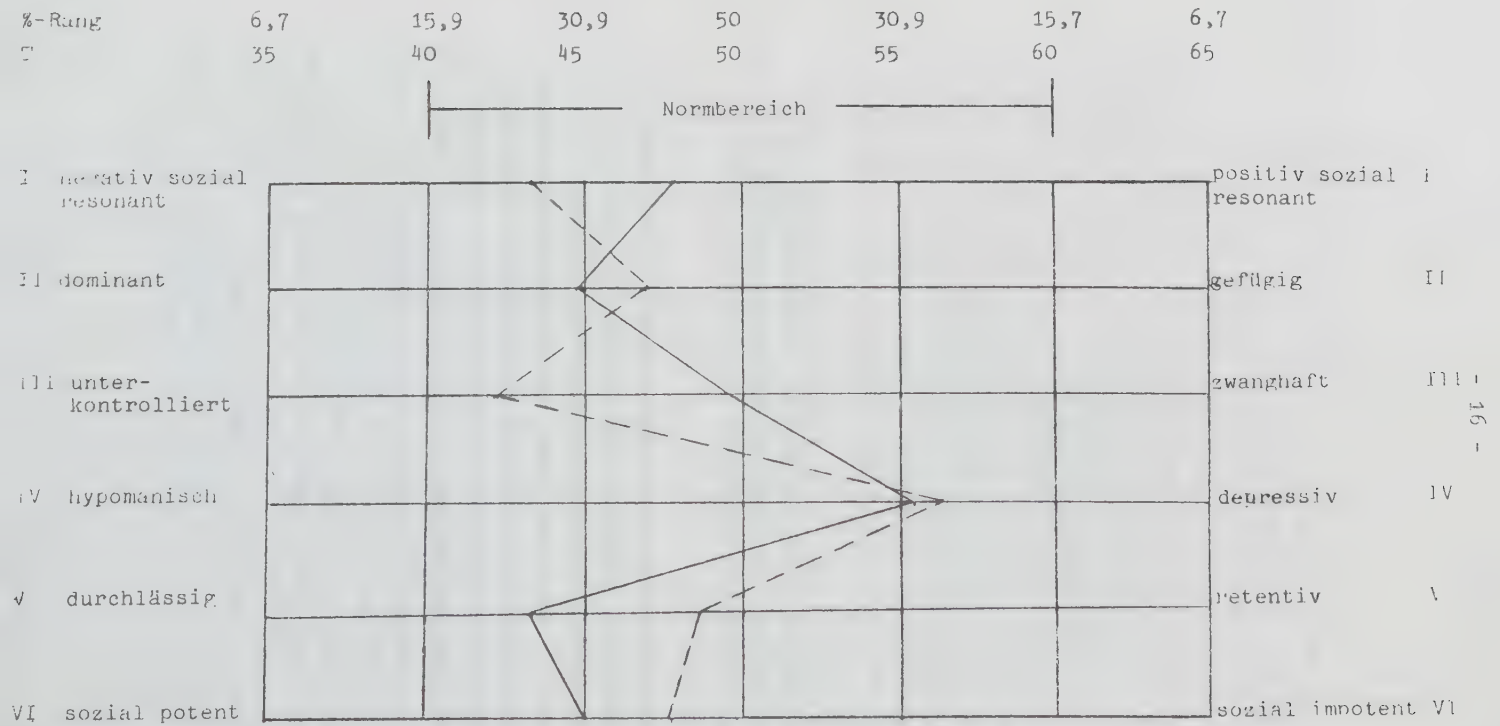

Abb. 1: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 37 Patientinnen, die verheiratet sind (—) sowie 13 nicht verheirateten Patientinnen (--).

Die Unterschiede in der Skala III sind hoch signifikant.

3.3. Kinderzahl

Tab. 3:

Anzahl der bereits geborenen Kinder	Patientinnen	
	Zahl	%
kein Kind	29	58.0
1 Kind	18	36.0
2 Kinder	3	6.0
3 u. mehr Kind.	0	0.0
Total	50	100.0

Aus der Gruppe der 50 befragen Schwangeren haben 29 (58.0%) kein Kind, 21 Frauen (42.0%) haben Kinder, wovon 18 Frauen (36.0%) ein Kind und 3 Frauen (6.0%) zwei Kinder haben.
Keine Schwangere hatte mehr als 2 Kinder.

Der varianzanalytische Vergleich der Mittelwertprofile der Selbstbilder (Abb.2) - alle Werte bewegen sich im Normbereich - ergab folgende Unterschiede zwischen Frauen mit Kindern und Frauen ohne Kinder:
Die Unterschiede in der Skala V sind signifikant.
Die Frauen ohne Kinder erleben sich als aufgeschlossener, vertrauensseliger und in der Liebe erlebnisfähiger als Frauen mit Kindern.
Es ist anzunehmen, daß sich diese Unterschiede durch die Kinder, die Abgrenzungsfähigkeit fordern, entwickelt bzw. verstärkt haben.

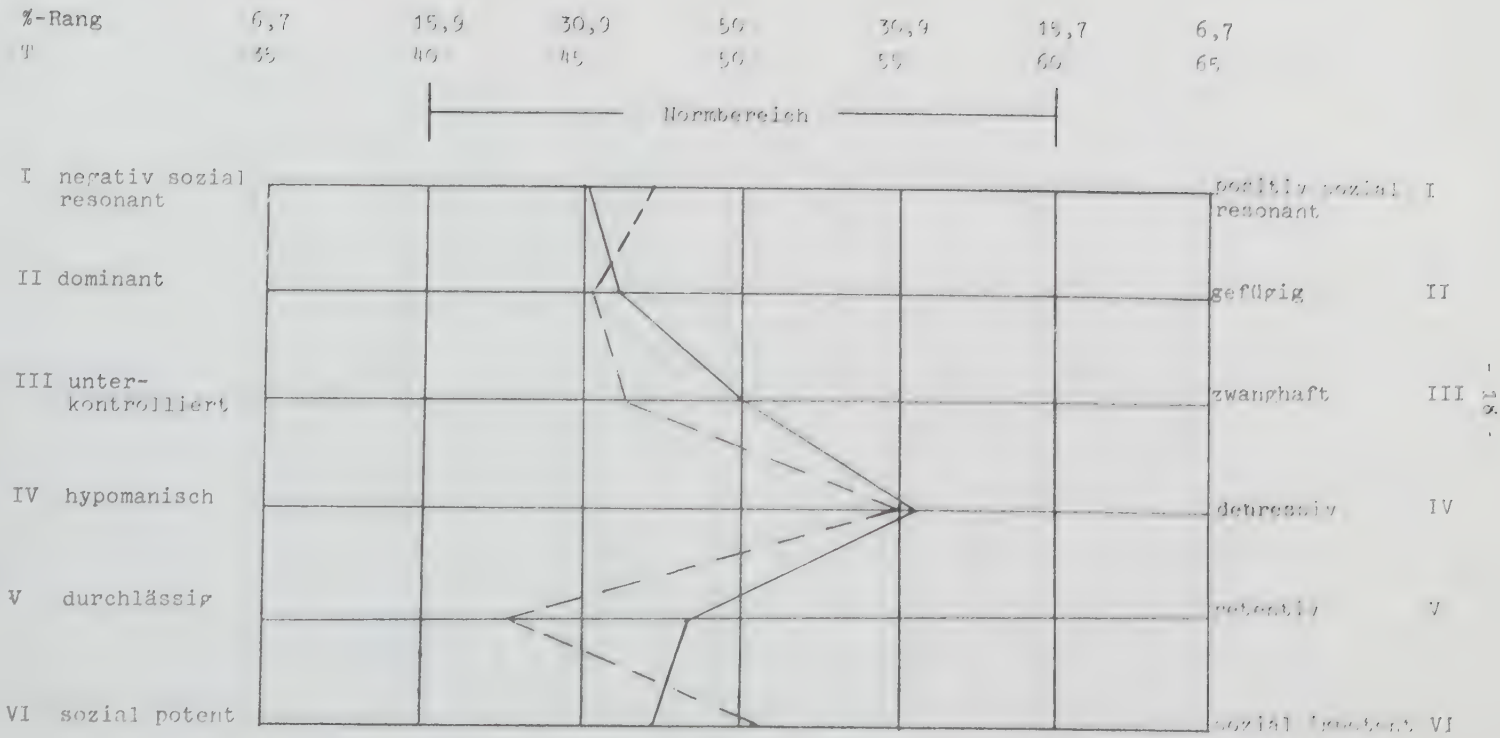

Abb. 2: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 21 Patientinnen mit Kindern (—) sowie von 28 Patientinnen ohne Kinder (--).

Die Unterschiede in der Skala V sind signifikant.

3.4. Schulbildung der Partner

Tab. 4:

Patientinnen		Schulabschluß*	Partner	
Anzahl	%		Anzahl	%
3	6.0	Sonderschule	1	2.0
16	32.0	Hauptschule	27	54.0
20	40.0	Mittlere Reife	17	34.0
11	22.0	Abitur	5	10.0
50	100.0	Total	50	100.0

(*) 1 Schwangere hat keine Partnerangaben

16 Frauen (32.0%) mit 27 Partnern (54.0%) unter Hauptschulabschluß, 20 Frauen (40.0%) mit 17 Partnern (34.0%) mit Mittlere Reife und 11 Frauen (22.0%) mit 5 Partnern (10.0%) das Abitur. Keine Schwangere und kein Partner hatte Sonderschulabschluß. Im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung ist der Anteil der Schwangeren und ihrer Partner mit Abitur und deren Partnern überdurchschnittlich hoch; dies läßt sich dadurch erklären, daß ungefähr die Hälfte der Patientinnen des GZ diese Einrichtung aufgrund der Nähe zum Universitätsklinikum Münster aufsuchen, diese Gruppe somit überwiegend aus höheren sozialen Schichten [illegible].

Die Mittelwertprofile aus der Vier-Feld-Tafel wurden nach Schulbildung gerechnet, getrennt nach Partnerzugehörigkeit verglichen.

a) Frauen mit Hauptschulabschluß vs. Frauen mit mittlerer Reife (Anz. 2
b) Frauen mit Hauptschulabschluß vs. Frauen mit Abitur (Anz. 1
c) Frauen mit mittlerer Reife vs. Frauen mit Abitur (Anz. 1

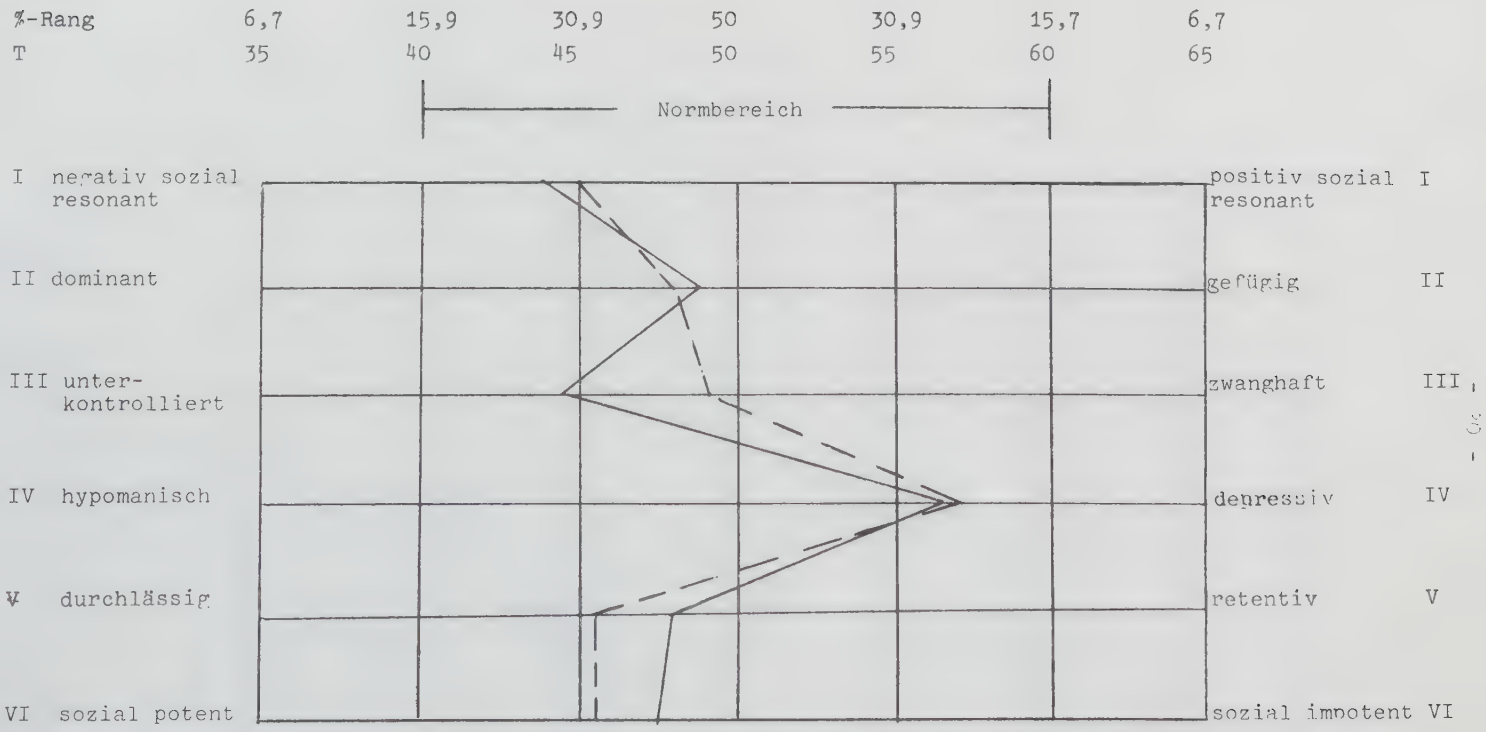

Abb. 3: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 16 Patientinnen mit Hauptschulabschluß (—) sowie 20 Patientinnen mit Mittlerer Reife (--).

Die Unterschiede in der Skala III sind signifikant.

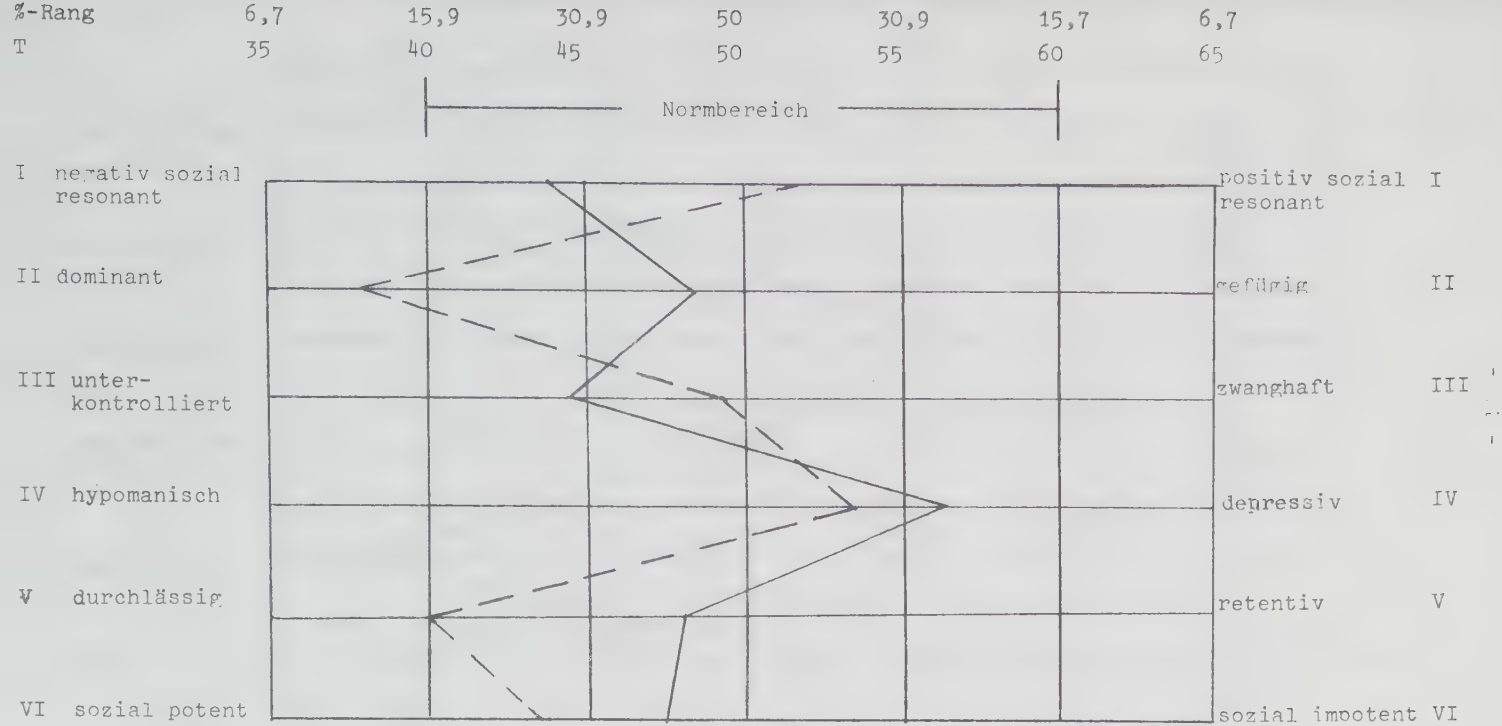

Abb. 4: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 16 Patientinnen mit Hauptschulabschluß (—) sowie 14 Patientinnen mit Abitur (--).

Die Unterschiede in der Skala III sind signifikant.
Die Unterschiede in den Skalen I, II und V sind hoch signifikant.

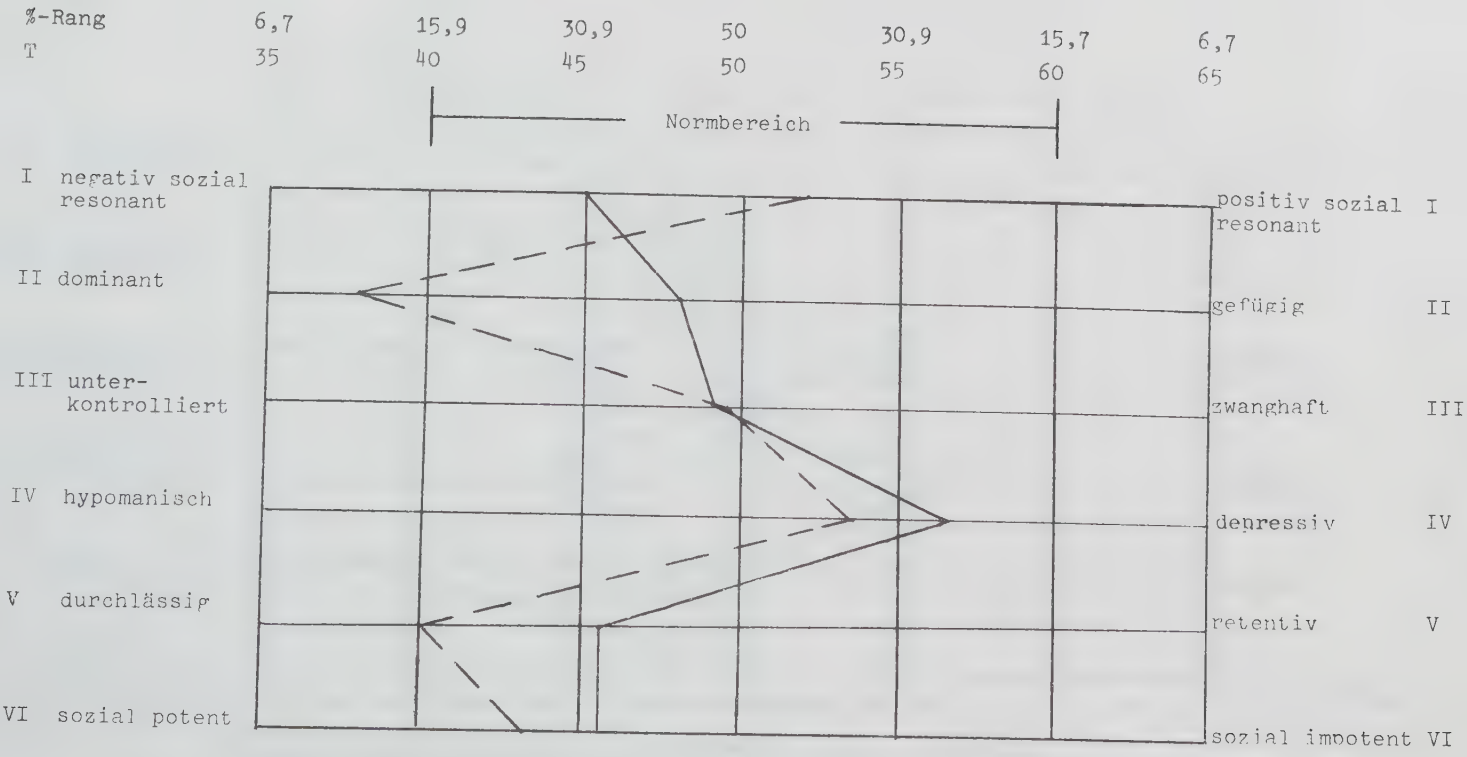

Abb. 5: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 20 Patientinnen mit Mittlerer Reife (—) sowie 14 Patientinnen mit Abitur (--).

Die Unterschiede in der Skala V sind signifikant.
Die Unterschiede in der Skala [illegible] sind hoch signifikant

Beurteilung der Abbildungen 3 - 5:

ad 3) Vergleich Hauptschule - Mittlere Reife:
Die Unterschiede in der Skala III sind signifikant, Schwangere mit Mittlerer Reife schätzen sich als zwanghafter ein.

ad 4) Vergleich Hauptschule - Abitur:
Beim Vergleich der Mittelwertprofile der Selbstbilder dieser beiden Gruppen tauchten die größten Unterschiede aller Mittelwertsvergleiche überhaupt auf!
Die Unterschiede in Skala III sind signifikant.
Die Unterschiede in den Skalen I, II und V sind hoch signifikant!

ad 5) Vergleich Mittlere Reife - Abitur:
Die Unterschiede in der Skala V sind signifikant.
Die Unterschiede in der Skala II sind hoch signifikant.

Die Werte aller Mittelwertprofile liegen im Normbereich bis auf die Skala II bei Abiturientinnen: diese weisen hier einen Wert von 37.9 auf, während die Normgrenze bei 40.0 beginnt. Abiturientinnen sind deutlich dominanter als die Vergleichsgruppen von Schwangeren mit Mittlerer Reife und Hauptschulabschluß.
Die größte Unterschiedlichkeit liegt zwischen den Frauen mit Abitur auf der einen Seite und Frauen mit Mittlerer Reife und Hauptschulabschluß auf der Anderen.
Während sich die beiden Gruppen (Mittlere Reife und Hauptschulabschluß) in den Selbstbildern sehr ähnlich sind und es lediglich einen signifikanten Unterschied in Skala III gibt (siehe oben), hebt sich die Gruppe der Abiturientinnen deutlich in den Selbstbildern von allen anderen ab: Abiturientinnen sind deutlich dominanter und weniger gefügig als Frauen mit anderen Schulabschlüssen; sie liegen in dieser Skala sogar außerhalb der Norm in Richtung Dominanz.
Zwischen Frauen mit Hauptschule und Frauen mit Abitur finden sich hoch signifikante Unterschiede, was die Beliebtheit, Attraktivität, Bewertung durch die Umgebung, Aufgeschlossenheit, Nähe zu anderen und Erlebnisfähigkeit in der Liebe

betrifft (Skalen I und V).
Die Selbstbilder der Abiturientinnen sind deutlich positiver und selbstbewußter in bezug auf soziale Resonanz und soziale Potenz. (vergleiche BECKMANN und RICHTER 1979)

3.5. Berufsausbildung

Tab. 5:

Patientinnen		abgeschlossene Berufsausbildung
Anzahl	%	
6	12.0	keine Ausbildung
25	50.0	Lehre
9	18.0	Lehre u. Weiterbildung
3	6.0	Fachhochschule
7	14.0	Hochschule
50 (x)	100.0	Total

(x) 4 Schwangere befinden sich noch in der Berufsausbildung (2 Frauen machen eine Weiterbildung zum Abitur und 2 Frauen befinden sich in der Lehre).
In obiger Tabelle mit ihrer angestrebten Berufsausbildung aufgeführt.

Die von mir befragten Schwangeren haben eine überdurchschnittlich gute Berufsausbildung: 34 Schwangere (68.0%) haben als Berufsabschluß eine Lehre, bzw. Lehre und Weiterbildung. 10 Frauen (20.0%) legten ihren Abschluß an einer Fachhochschule oder Hochschule ab. Nur 6 Frauen haben keine Berufsausbildung. Ich konnte die Aussage von MÜNZ (1980), daß mit steigender Bildung es für Frauen schwieriger wird, Mutterschaft und Beruf zu verbinden, nicht bestätigen. Die meisten Frauen äußerten sich optimistisch nach der Geburt eine Halbtagsstelle finden zu können oder wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren zu können.

3.6. Wohnraumsituation

Tab. 6:

Zimmerzahl	Patientinnen		Personen im Haushalt (x)			
	Anzahl	%	1	2	3	4
1	2	4.0	1	1	-	-
2	17	34.7	1	8	8	-
3	17	34.7	-	12	4	1
4	9	18.4	-	5	2	2
mehr	4	8.2	-	1	3	-
Total	49 (y)	100.0	2	27	17	3

(x) darunter fallen alle bereits im Haushalt lebenden Personen (incl. Ehemann/Partner und schon geborene Kinder)

(y) 1 Schwangere (Frau K.) hat kein eigenes Zimmer; sie wohnt bei einer Freundin

Die Wohnungssituation spielt neben der finanziellen Situation eine wesentliche Rolle bei der Beurteilung der sozialen Lage und in der Entscheidung zum Kinderkriegen oder nicht.
In obiger Aufstellung wurde die Zahl der zur Verfügung stehenden Zimmer mit der Zahl der im Haushalt lebenden Personen verglichen. Die unterschiedliche Größe der Zimmer geht aus dieser Aufstellung allerdings nicht hervor.
Gehe ich von der Annahme aus, daß für eine befriedigende Wohnsituation die Zimmerzahl zumindest der Zahl der im Haushalt lebenden Personen (Schwangere selbst, Partner/Ehemann, bereits geborene Kinder - das noch nicht geborene Kind zählt nicht mit) entsprechen sollte, so haben 11 Schwangere (22.0%) weniger Zimmer zur Verfügung als Personen im Haushalt leben. Bei 15 Frauen (30.0%) entspricht die Zimmerzahl der aktuellen Personenzahl des Haushalts und 24 Frauen (48.0%) haben mehr Zimmer als gegenwärtig Personen im Haushalt leben.

Bei einer Untersuchung mit Abbruchpatientinnen gibt [illegible] zur Frage des Wohnraums folgende Angaben: unter 1 Zimmer: 13.3%; 1 Zimmer: 46.7%; 2 Zimmer 15.1.%. Im Vergleich dazu ist die Wohnsituation der von mir befragten Schwangeren deutlich besser. Außerdem äußerten 5 Schwangere, daß sie auf Wohnungssuche seien, bzw. bereits eine größere Wohnung in Aussicht hätten, so daß sich zusätzlich eine geringe Verbesserung der oben dargestellten Wohnsituation noch vor der Geburt des jetzigen Kindes ergeben wird.

3.7. Subjektive Einschätzung der Wohnsituation in Relation zur Wohnungsgröße

Tab. 7:

zuwenig Raum		subjektive Einschätzung	ausreichend R.	
Anzahl	%		Anzahl	%
0	0.0	sehr gut	12	24.0
5	30.0	gut	19	38.0
1	10.0	befriedigend	2	4.0
3	6.0	ausreichend	3	6.0
1	2.0	schlecht	3	6.0
11	20.0	Total	39	80.0

Erwartungsgemäß beurteilten 62.0% der Frauen mit "ausreichend" Raum ihre Wohnsituation als "sehr gut" oder "gut". Die 16.0%, die ihre Wohnsituation - trotz ausreichenden Raums - als schlechter einschätzten gaben mehr von allem dunkle Räume, Lärmbelästigung oder schlechte Heizmöglichkeiten an.
8 Frauen leben im eigenen Haus; sie gehören alle zu der Gruppe mit ausreichend Wohnraum; 7 von ihnen beurteilten ihre Wohnsituation als "sehr gut oder "gut".

Ebenso realistisch ist das Urteil der Frauen mit zuwenig Wohnraum: keine vergab das Urteil "sehr gut" oder "gut", die meisten fanden ihre Wohnsituation "befriedigend" und 4 Frauen empfanden sie als "ausreichend" oder "schlecht."

3.8. Subjektive Einschätzung der finanziellen Situation

Tab. 8:

Patientinnen		subjektive Einschätzung
Anzahl	%	
5	10.0	sehr gut
25	50.0	gut
11	22.0	befriedigend
4	8.0	ausreichend
1	2.0	schlecht
50	100.0	Total

Analog zur Frage nach der subjektiven Einschätzung der Wohnsituation hatten die befragten Frauen auch hier die Kategorien "sehr gut" bis "schlecht" zur Auswahl.
30 Frauen (60.0%) empfanden ihre finanzielle Situation als "sehr gut" oder "gut", 20 Frauen (40.0%) als schlechter.

Bemerkenswert ist, daß einige Frauen, die sowohl bei der Frage nach der Wohnsituation, als auch nach der finanziellen Situation diese als "schlecht" bezeichneten, den Wunsch nach weiteren Kindern (über das der jetzigen Schwangerschaft hinaus) äußerten.
Dazu ist allerdings zu bemerken, daß ich meine Befragung ausschließlich mit Schwangeren durchführte, die fest entschlossen waren, die Schwangerschaft auch auszutragen und häufig auch deutlich euphorisch auf mich wirkten, was zur Verzerrung der Wahrnehmung führen kann.

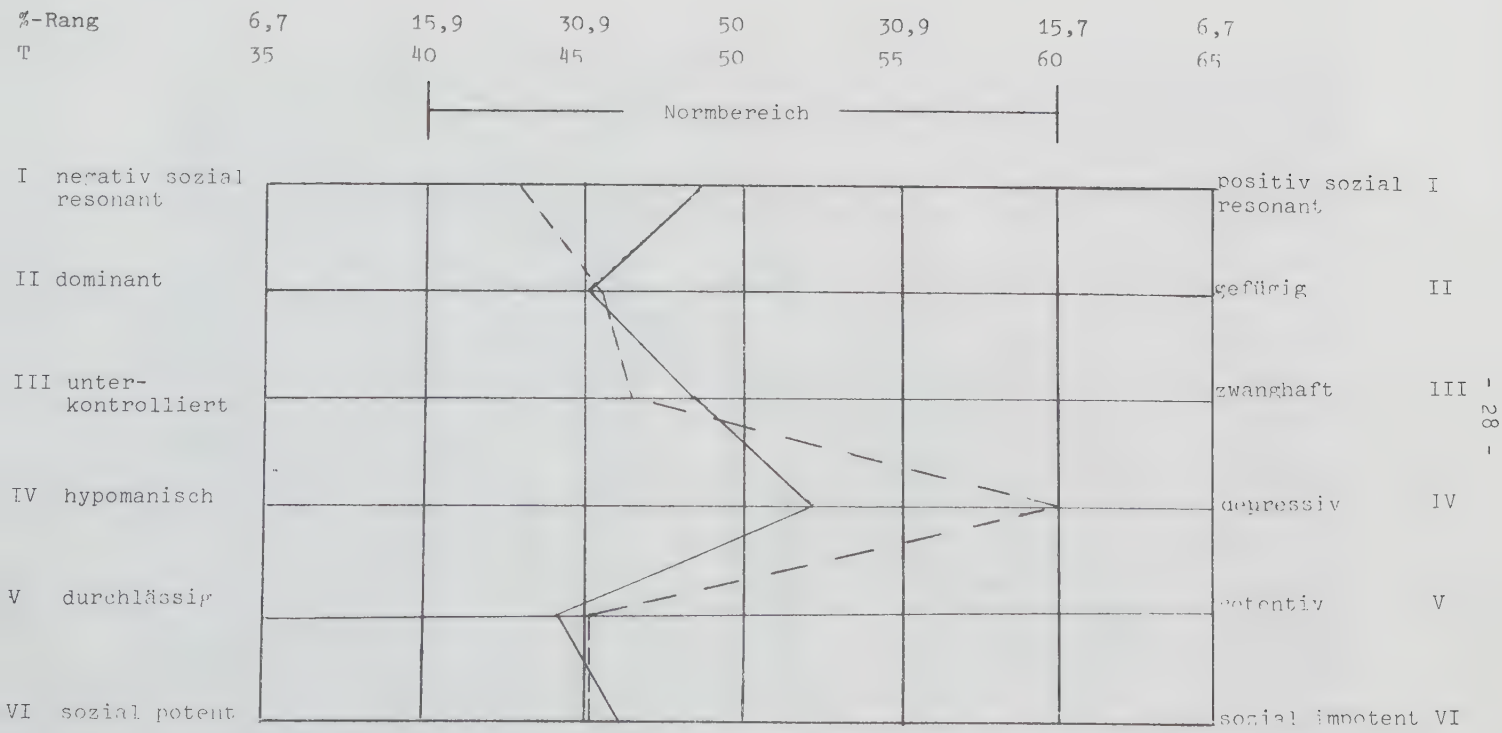

Abb. 6: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 30 Patientinnen deren finanzielle Situation "sehr gut" oder "gut" ist (—) sowie 20 Patientinnen deren finanzielle Situation "befriedigend" oder schlechter ist (--).

Die Unterschiede in der Skala I sind signifikant.

Die Unterschiede in der Skala IV sind hoch signifikant.

Der Vergleich der Mittelwertprofile von 30 Frauen, deren finanzielle Situation "sehr gut" oder "gut" ist mit 20 Frauen, bei denen sie schlechter ist, ergibt aus den Daten des Gießen-Tests signifikante Unterschiede in der Skala I und hoch signifikante Unterschiede in der Skala IV.
Die Frauen der ersten Gruppe schätzen ihre soziale Resonanz positiver ein (Skala I) und sind seltener bedrückt, weniger ängstlich und eher unabhängig (Skala IV) im Vergleich zu den Frauen, die ihre finanzielle Situation als "befriedigend" oder schlechter empfinden; dieses Ergebnis schränkt die Vermutung, daß die Freude über die Schwangerschaft zur Verkennung der realen Lebenssituation führt, ein.

4. HERKUNFTSFAMILIE

4.1. Geschwister und Stellung innerhalb der Geschwisterreihe

Tab. 1:

Geschwisterzahl	Patientinnen	
	Anzahl	%
0	15	30.6
1	15	30.6
2	7	14.3
3	3	6.1
4	3	6.1
5 und mehr	6	12.3
Total	49(x)	100.0

(x) eine Schwangere ist ein Waisenkind und im Heim aufgewachsen

Für die Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Menschen ist es von Bedeutung, in welchem familiären Zusammenhang er aufwächst. Neben der zentralen Rolle der Eltern sind auch die Geschwister, der Altersabstand zwischen den Geschwistern und die Stellung des Einzelnen in der Geschwisterreihe wichtig. Nicht umsonst spricht man von "Einzelkindern" und denkt dabei an verwöhnte, im zwischenmenschlichen Kontakt eher schwierige Menschen, oder vom "Nesthocker" oder "Nachkömmling", der meist die besondere Zuneigung und Verwöhnung der Eltern genießt, was die Ausbildung von Anspruchshaltung begünstigt und die Entfaltung von Autonomie und die Fähigkeit, sich abzugrenzen behindert (STIERLIN 1977).

Bei den Interviews sprachen einige Frauen von sich aus die Wichtigkeit der Geschwister an: "Ich bin ein Einzelkind und bin wirklich froh, daß mein Mann auch eines ist; so passen wir besser zusammen." Oder: "Mein Mann kann sich in Vieles

besser einfügen, das hat er ja auch schon früh gelernt, die waren zu Hause 6 Kinder."

30 % der Schwangeren sind Einzelkinder, ebenso viele haben ein Geschwister. Die restlichen Frauen haben zwei oder mehr Geschwister in abnehmender Häufigkeit.

Tab. 2: Stellung in der Geschwisterreihe

Stellung in der Geschwisterreihe	Patientinnen	
	Anzahl	%
1. Kind (x)	30	63.8
2. Kind	8	17.0
3. Kind	4	8.5
4. Kind	1	2.2
5. oder weiteres Kind	4	8.5
Total	47(y)	100.0

(x) hierunter fallen auch die Einzelkinder

(y) eine Schwangere ist Waisenkind, zwei Schwangere sind zweieiige Zwillinge

63 % der Schwangeren sind das erste Kind - dieser Anteil ist in meiner Befragungsgruppe hoch.
Im Gießen-Test sind die Unterschiede zwischen Frauen, die selbst 1. Kind sind und solchen, die das 2. oder ein weiteres Kind sind in der Skala IV hoch signifikant. Das heißt, die Erstgeborenen erleben sich weniger häufig bedrückt, lassen ihren Ärger eher heraus und sind unabhängiger. Dieses Ergebnis ist insofern nicht überraschend als die Erstgeborenen innerhalb der Familie fast immer früher Verantwortung und Pflichten übernehmen müssen und oft für die nachfolgenden Geschwister eine Erzieherrolle übernehmen, was besonders in kinderreichen Familien der Fall ist. Außerdem ist es möglich, daß sie sich auch bei einer nicht-geplanten Schwangerschaft eher für das Austragen des Kindes entscheiden, weil sie es schon früh lernen mußten, Pflichten im Leben zu übernehmen und sie in ihrer gesamten Persönlichkeit eher als "unkompliziert" oder "robust" zu [illegible].

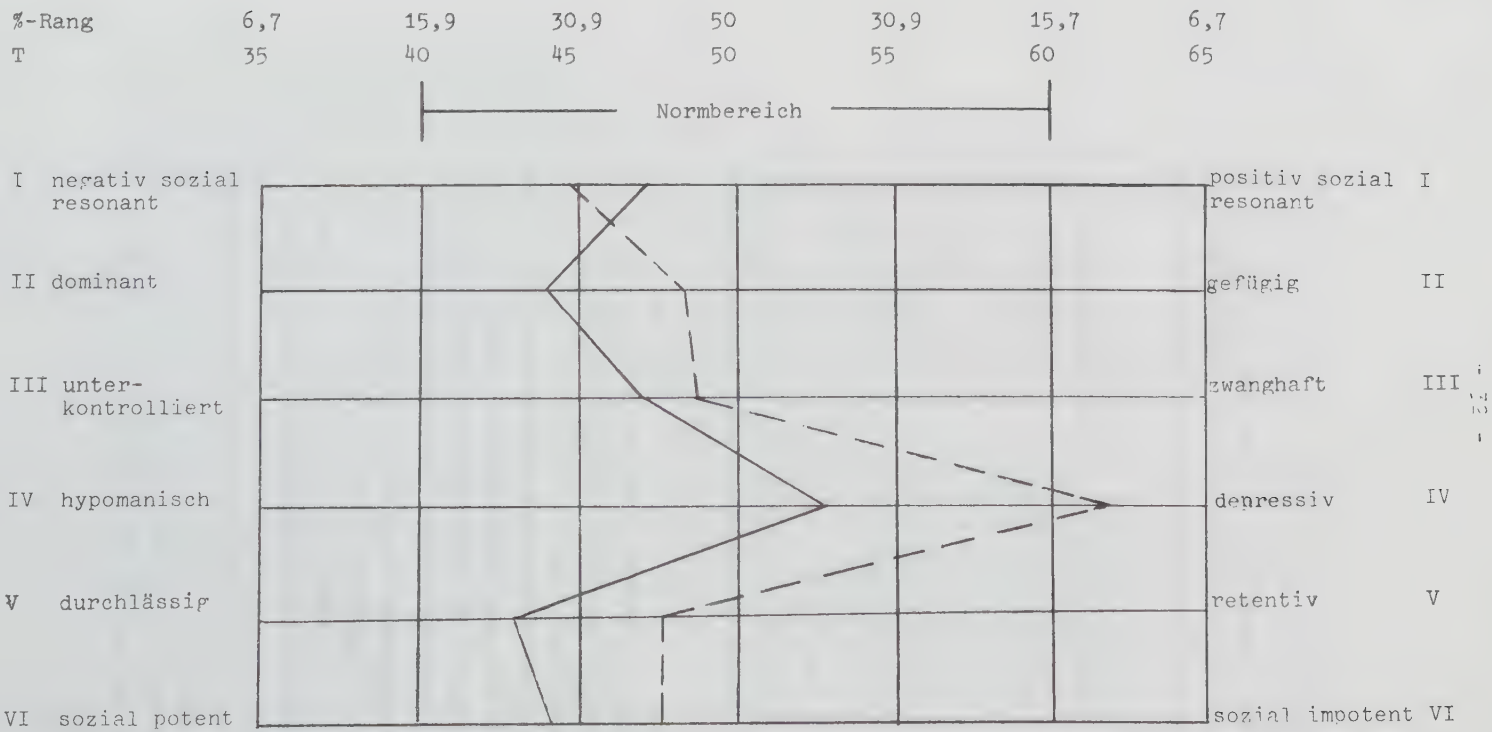

Abb. 1: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 30 Patientinnen, die selbst 1. Kind sind (——) sowie 17 Patientinnen, die selbst 2. oder weiteres Kind sind (--).

Die Unterschiede in der Skala IV sind hoch signifikant.

4.2. Verhältnis zu den Eltern als Kind von Patientinnen und Partnern

Tab. 3: Einschätzung der Schwangeren

Einschätzung	Patientinnen	
	Anzahl	%
sehr gut	9	18.4
gut	18	36.7
befriedigend	12	24.5
ausreichend	5	10.2
schlecht	5	10.2
Total	49(x)	100.0

(x) eine Schwangere ist Waisenkind

Bei dieser Fragestellung lege ich großen Wert darauf zu betonen, daß es nicht darum geht, wie das Verhältnis HEUTE zu den Eltern ist, sondern vor allem um die Kindheit selbst und das Gefühl von DAMALS zu den Eltern. Wenn ich nach der ersten Antwort der Schwangeren sie nochmals auf das Kindheitsverhältnis hinwies, kam es des öfteren vor, daß die Angabe in Richtung "schlechter" korrigiert wurde.

In der folgenden Tabelle (Tab.4) finden sich Angaben der Schwangeren über die Kindheitssituation des Partners; die Partner selbst wurden nicht befragt.

Tab. 4: Verhältnis des Partners als Kind zu seinen Eltern

Einschätzung	Partner	
	Anzahl	%
sehr gut	4	8.2
gut	20	40.8
befriedigend	11	22.4
ausreichend	3	6.1
schlecht	4	8.2
weiß nicht	7	14.3
Total	49(x)	100.0

(x) eine Schwangere hat keinen Partner

Über 55 % der Schwangeren bezeichnen das frühere Verhältnis zu den Eltern als "sehr gut" oder "gut".
Bei den Angaben über die Partner ist der Anteil ähnlich hoch, doch fallen davon 40 % unter "gut".
Bei den Interviews fiel immer wieder auf, daß es offenbar schwer fällt, Schlechtes über die Eltern zu sagen; fast alle Frauen, die das Verhältnis als "befriedigend" oder schlechter bezeichneten, zögerten lange, bevor sie ihre Einschätzung gaben und gaben Entschuldigungen für das Verhalten ihrer Eltern wie "Sie haben ja nur das Beste für mich gewollt."

4.3. Einstellung der Eltern der Patientinnen zur jetzigen Schwangerschaft

Tab. 5: Einstellung des Vaters

Einschätzung	Patientinnen	
	Anzahl	%
freut sich sehr	15	38.5
freut sich	13	33.4
akzeptiert	4	10.2
lehnt ab	3	7.7
kein Kontakt	4	10.2
Total	39(x)	100.0

(x) 11 Väter sind tot

Tab. 6: Einstellung der Mutter

Einschätzung	Patientinnen	
	Anzahl	%
freut sich sehr	15	33.3
freut sich	12	26.7
akzeptiert	6	13.3
lehnt ab	4	8.9
kein Kontakt	8	17.8
Total	45(x)	100.0

(x) 5 Mütter sind tot

Ob sich die Eltern über die Schwangerschaft ihrer Tochter freuen, spielt nicht nur eine Rolle in ihrem Verhalten dem zukünftigen Enkelkind gegenüber, sondern beeinflußt auch die Entscheidung, ob sich die Frau ein Kind wünscht, bzw. eine bestehende Schwangerschaft austrägt. Der Einfluß der Eltern kann nach meiner Erfahrung bei der Befragung nicht hoch genug eingeschätzt werden.
Zwei Frauen berichteten von sich aus, daß sie von den Eltern massiv unter Druck gesetzt wurden, die Schwangerschaft abtreiben zu lassen, obwohl sie und ihre Partner sich das Kind wünschten!
Insgesamt freuen sich die Eltern über die Schwangerschaft und akzeptieren sie (ca. 90%), wobei die Väter ihren künftigen Enkelkindern positiver gegenüberstehen als die Mütter.

4.4. Berufliche Qualifikation von Mutter und Tocher

Tab. 7:

Tochter qualifizierter	Patientinnen	
	Anzahl	%
ja	29	59.2
gleich	13	26.5
nein	7	14.3
Total	49(x)	100.0

(x) eine Schwangere ist Waisenkind und kennt ihre Mutter nicht

60 % der Töchter haben es beruflich weiter gebracht als ihre Mütter. Diese Zahl ist aussagekräftig, da nur 4 Frauen sich noch in der Ausbildung befinden; 2 machen eine Weiterbildung zum Abitur und 2 Frauen befinden sich in der Lehre. Sie sind unter der angestrebten Qualifikation aufgeführt.

Sicher ist die deutlich höhere Qualifikation der Töchter repräsentativ für die Verschiebung der Ausbildungsqualifikation zwischen den beiden Generationen, wobei sich für die heutigen Mütter der Konflikt zwischen Mutterrolle und Berufstätigkeit (die sog. "Doppelbelastung") zuspitzt.
Die meisten Mütter der Schwangeren waren Hausfrauen und schienen diese Rolle anzunehmen.
7 Mütter der Schwangeren haben eine höhere Qualifikation als ihre Töchter - keine von ihnen lehnt die Schwangerschaft der Tochter ab. Von den 4 Müttern, die die jetzige Schwangerschaft ihrer Töchter ablehnen, haben es 3 Töchter beruflich weiter gebracht.
Diese Untergruppe erscheint mir allerdings zu klein, um daraus folgern zu können, daß die Mütter ihre eigenen unerfüllten Berufswünsche in ihre Töchter projiezieren, sie jetzt gefährdet sehen und daher gegen die Schwangerschaft sind.
Im Gießen-Test liesen sich zwischen den Frauen, die es beruflich weiter brachten als ihre Mütter und den anderen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

5. PARTNERBEZIEHUNG

Für die Entscheidung, ob der bestehende Kinderwunsch realisiert wird, ist die Tatsache, ob eine Ehe bzw. eine stabile Partnerbeziehung bestehen von entscheidender Wichtigkeit. Dabei erscheint mir vor allem wichtig festzustellen, wie gut das Verhältnis der Partner miteinander ist, d.h. welche persönliche Perspektive die befragten Schwangeren mit ihrem Ehemann/Partner haben. WIMMER-PUCHINGER (1982) betont, daß je mehr die Beziehung einen Austausch an Gefühlen und Wünschen über Familienplanung zuläßt, je besser die Informationen und gegenseitiges Verständnis, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Familienplanung "versagt". Nach OETER und WILKEN (1981) wird in partnerschaftlich ausgerichteten Ehen der Antikonzeptionsschutz besser praktiziert.

Von den 50 Schwangeren lebten zum Zeitpunkt der Befragung:
mit dem Ehemann :37 = 74.0%
mit dem festen Partner:12 = 24.0%
ohne festen Partner : 1 = 2.0%

Frau X ist ohne Partner und unterscheidet sich auch in anderen Bereichen deutlich von den übrigen Schwangeren. Daher eine kurze Fallschilderung:
Frau X ist 21 Jahre alt, unverheiratet und nicht geschieden. Sie hat noch keine Kinder. Sie ist Arbeiterin mit Hauptschulabschluß aber ohne Berufsausbildung. Drei Jahre vor der jetzigen Schwangerschaft hatte sie 1 Jahr lang die Pille genommen, aber sehr schlecht vertragen (starke Gewichtszunahme und Zwischenblutungen, depressive Verstimmungen). Sie lehnt die Pille heute grundsätzlich ab, praktizierte als Alternative auf Hinweis des Arztes eine unsichere Methode (Agen 53) und lies es - nach eigener Angabe - bewußt darauf ankommen, schwanger zu werden und ALLEIN ein Kind zu bekommen. Sie lebte bis zum Bekanntwerden der Schwangerschaft bei ihren Eltern, diese drängten energisch auf Abtreibung, worauf sie zu einer Freundin zieht und sich mit ihr ein Zimmer teilen muß. Während der Befragung ist sie sehr mißtrauisch und unsicher.

5.1. Dauer der Ehe

Tab. 1:

Patientinnen		Dauer der Ehe
Anzahl	%	
3	7.3	bis 6 Monate
4	9.8	bis 1 Jahr
4	9.8	bis 2 Jahre
8	19.4	bis 3 Jahre
3	7.3	bis 4 Jahre
4	9.8	bis 5 Jahre
10	24.4	bis 10 Jahre
5	12.2	über 10 Jahre
41(x)	100.0	Total

(x): hierunter fallen auch geschiedene und geschiedene und wieder verheiratete Frauen

7 Frauen (= 17%) sind ein Jahr oder kürzer verheiratet. Die größte Häufigkeit liegt bei der Ehedauer zwischen 2 bis 4 Jahren vor; 15 Frauen (=37%) sind so lange verheiratet und immerhin 15 Frauen (=37%) sind 5 Jahre oder länger verheiratet.

5.2. Nach wieviel Ehemonaten kommt es zur Erstschwangerschaft?

Patientinnen		Dauer der Ehe bis zur Erstschwangerschaft
Anzahl	%	
3	15.8	bis 6 Monate
3	15.8	bis 1 Jahr
3	15.8	bis 2 Jahre
5	26.3	bis 3 Jahre
2	10.5	bis 4 Jahre
2	10.5	bis 5 Jahre
1	5.3	über 5 Jahre
19	100.0	Total

Die durchschnittliche Ehedauer der Erstgebärenden beträgt 32 Monate. Daß die durchschnittliche Ehedauer der von mir befragten Frauen fast 3 Jahre beträgt bis es zur ersten Schwangerschaft kommt, halte ich für einen relativ langen Zeitraum.
Ungefähr ein Drittel der Schwangeren (6 Frauen = 31.0%) wurden im ersten Ehejahr schwanger; ungefähr ein Viertel der Befragten (5 Frauen = 26.0%) wurden dagegen erst im 4. Ehejahr oder später schwanger.
Ob der Kinderwunsch bewußt erst so spät gefaßt wurde oder ob die Paare sehr lange "üben" mußten, bis es zur Schwangerschaft kam, werde ich im 6. Kapitel näher erläutern.

5.3. Dauer der Partnerschaft (für Ledige)

Tab. 3:

Patientinnen		Dauer der Partnerschaft
Anzahl	%	
0	0.0	bis 6 Monate
2	16.7	bis 1 Jahr
3	25.0	bis 2 Jahre
3	25.0	bis 3 Jahre
1	8.3	bis 4 Jahre
2	16.7	bis 5 Jahre
0	0.0	bis 10 Jahre
1	8.3	über 10 Jahre
12	100.0	Total

Bis auf eine Frau (siehe Falldarstellung "Frau X") lebten alle ledigen Schwangeren in einer festen Partnerschaft; der jeweilige Partner war auch in allen Fällen der Vater des erwarteten Kindes, was mir glaubhaft schien.
Die Hälfte der Ledigen waren ein bis zwei Jahre mit ihrem festen Partner zusammen und nur 2 Frauen (17.0%) kannten ihren Partner erst zwischen 6 Monaten und einem Jahr.

Bei nahezu allen Befragten bestand eine stabile Partnerschaft, in bezug auf Intensität und Verbindlichkeit mit mit einer Ehe vergleichbar. Des öfteren äußerten die ledigen Frauen eine grundsätzliche Ablehnung der "Institution Ehe" und betonten, daß sie mit ihrem Partner glücklich sind und ohne Trauschein zusammen leben.

5.4. Nach wieviel Monaten Partnerschaft kommt es zur Erstschwangerschaft?

Die ledigen Frauen werden im Durchschnitt nach 38 Monaten Partnerschaft zum ersten Mal schwanger. Im Vergleich zu den verheirateten Frauen werden die Ledigen 6 Monate später schwanger.
Um beide Gruppen wirklich vergleichen zu können, will ich bei den Verheirateten den Zeitraum des Kennens des späteren Ehemanns zur Ehedauer addieren:
danach kannten im Durchschnitt die Frauen ihren zukünftigen Ehemann 31 Monate vor der Eheschließung!
Addiert man diesen Zeitraum zu der Ehedauer, dann dauert es bei den verheirateten Frauen vom Zeitpunkt des Beginns der Partnerschaft (und späteren Ehe) bis zur Erstschwangerschaft 63 Monate, also mehr als 5 Jahre.

5.5. Qualität der Beziehung zum Partner

Tab. 4:

Patientinnen		Qualität der Beziehung
Anzahl	%	zum Mann/Partner
24	49.0	sehr gut
18	36.7	gut
5	10.2	befriedigend
2	4.1	abgrenzend
0	0.0	schlecht
49(x)	100.0	Total

(x): eine Schwangere hat keine Beziehung

42 Schwangere (84.0%) bezeichnen ihre Beziehung als "sehr gut" oder "gut". Keine einzige gab an, daß die Beziehung schlecht sei. An diesem Punkt kommt meiner Meinung nach die Tendenz zur"Beschönigung" vieler Schwangerer am deutlichsten zum Vorschein.
Die Frage ist sehr pauschal gestellt und ich machte die Erfahrung, daß bei konkreterem Nachfragen, z.B. wie mit dem Mann/Partner über den Kinderwunsch und die Kinderzahl gesprochen wurde, eher auch Probleme, Differenzen und Spannungen geäußert wurden.
Auch bei Frauen, die ihre Beziehung immerhin als "befriedigend" bezeichnen,kamen im freien Gespräch große Probleme zum Vorschein. Hierfür ein Beispiel: Frau K leidet besonders darunter, daß seit sie - infolge der Schwangerschaft - einen "dicken Bauch" hat, ihr Mann weder mit ihr schlafen möchte, noch zu Zärtlichkeiten bereit ist. Er findet sie häßlich und sagt ihr das auch ganz offen!

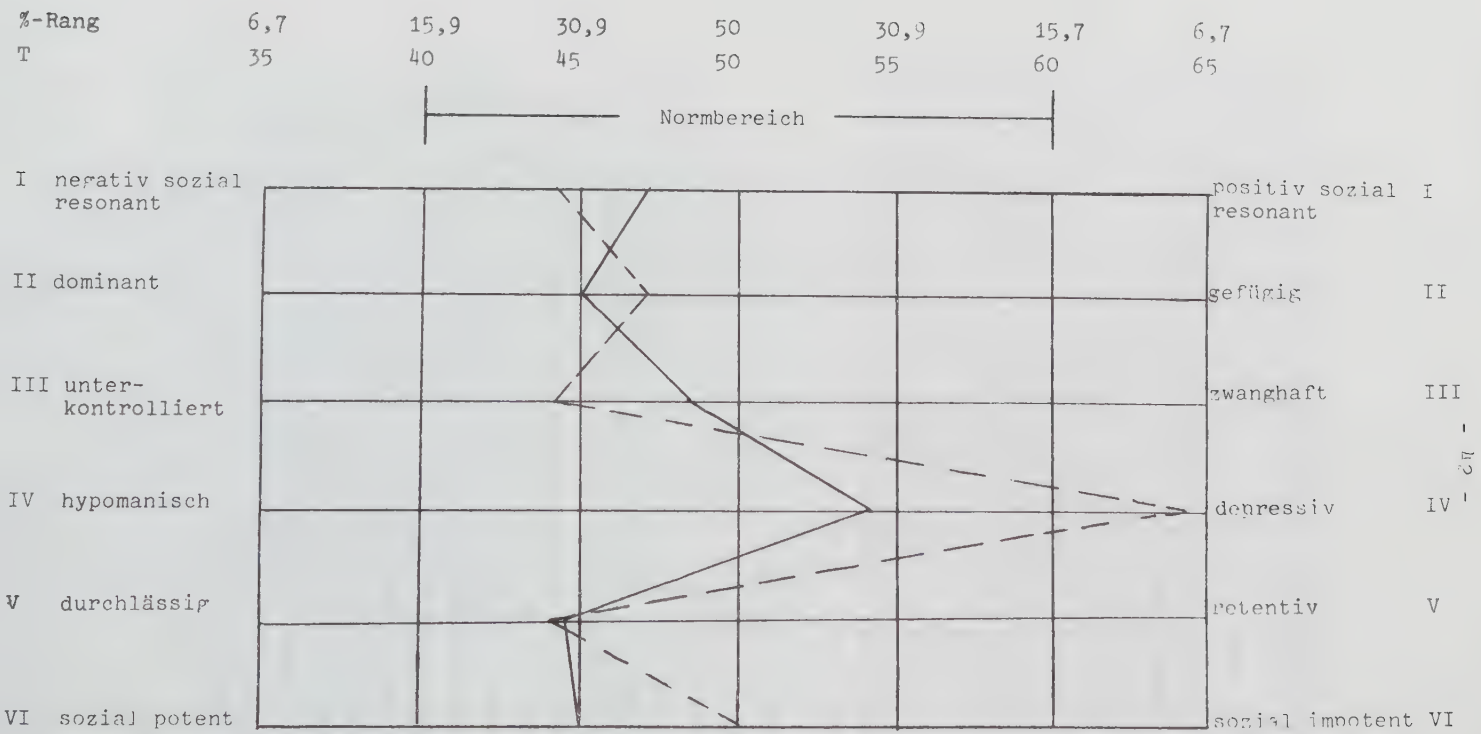

Abb.1: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 42 Patientinnen deren Beziehung zum Mann/Partner "sehr gut" oder "gut" ist (——) sowie 7 Patientinnen deren Beziehung "befriedigend" oder "ausreichend" ist (--).

Die Unterschiede in der Skala IV sind signifikant.

Wie wichtig die Qualität der Partnerbeziehung ist, zeigt sich auch bei der Auswertung der Mittelwerte des Gießen-Tests und deren varianzanalytischem Vergleich:
Zwischen den Schwangeren mit einer "sehr guten" oder "guten" Beziehung und denjenigen, deren Beziehung schlechter ist, sind die Unterschiede in Skala IV signifikant.
Dabei überschreiten die Frauen, deren Beziehung "befriedigend" oder schlechter ist die Normgrenze in Richtung Depressivität deutlich: sie sind weitaus häufiger bedrückt, ängstlicher und abhängiger als die Schwangeren mit einer guten Beziehung.
RENNE (1971) geht auf diesen Zusammenhang ein und betont, daß glücklich verheiratete Menschen weniger anfällig für körperliche und seelische Krankheiten sind als unglücklich verheiratete und geschiedene. LADEWIG, HOLE und WEIDMANN (1975) unterstützen diese Auffassung anhand der Untersuchung von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten. Danach waren solche Patienten signifikant häufiger ledig oder geschieden als eine gesunde Kontrollgruppe.

6. ANTIKONZEPTIONSVERHALTEN UND FAMILIENPLANUNG

Zwischen 1950 und 1970 gab es auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung entscheidende Verbesserungen. Die Entwicklung und weite Verbreitung der "Pille" spielte dabei die wichtigste Rolle. Sie gibt den Frauen die Möglichkeit einer sicheren Empfängnisverhütung, mit deren Hilfe sie den Zeitpunkt der Konzeption selbst bestimmen können.
Mit der Praktizierung dieses Konzeptionsschutzes wird der Sexualverkehr deutlich in seine Komponenten generative Funktion und sexuelle Lust getrennt (LIDZ 1979).
Das Praktizieren eines Antikonzeptionsschutzes impliziert eine Bejahung der Sexualität der Lust wegen, ein Vorgang, der ambivalent und konflikthaft ist. Dem entspricht die Beobachtung von FRICK et al. (1973), daß traditionell orientierte Frauen signifikant häufiger über Nebenwirkungen unter Einnahme von Ovulationshemmer klagen.
Nach LIDZ (1979) besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsstruktur, der Ablehnung der Pille und der Intensität des Erlebens von Nebenwirkungen.
OETER und WILKEN (1981) stellten eine Rangliste von subjektiven Faktoren auf, die für die Wahl des Antikonzeptionsmittels von Bedeutung sind. Kein körperlicher Schaden steht an erster Stelle, vor der Sicherheit, jetzt nicht schwanger zu werden; die Entfaltung der Sexualität erst an achter Stelle. Nach BROWN (1977) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben und dem Umgang mit Sexualität in Abhängigkeit vom Antikonzeptionsverhalten. Danach unterschieden sich die Frauen, die erfolgreich schützen, von denen, die das nicht tun, signifikant durch ihre bejahende Einstellung zur Sexualität.
Der anfänglichen Euphorie nach Einführung der Pille folgten Veröffentlichungen über die Nebenwirkungen, die in den Medien breit diskutiert wurden, so daß heute viele Frauen aufgrund der Nebenwirkungen der Pille, der Angst vor Nebenwirkungen

und/oder einer prinzipiellen Ablehnung auf die Pille als Antikonzeptionsmethode verzichten - häufig ohne eine annähernd sichere Alternative zu praktizieren.
RABE und RUNNEBAUM (1982) charakterisieren den gegenwärtigen Stand der Familienplanung wie folgt: Heute steht für die Kontrazeption ein großes Angebot von Methoden zur Verfügung, die zu einem großen Teil eine hohe Sicherheit und eine gute Akzeptanz haben und die Intimsphäre nur wenig oder überhaupt nicht stören. Allerdings ist das ideale Verhütungsmittel ohne irgendeine körperliche oder seelische Beeinflussung noch nicht gefunden.

6.1. Einnahme der Pille und Verträglichkeit

Nur 3 der von mir befragten 50 Schwangeren hatten noch nie die Pille eingenommen. Zwei dieser drei Frauen ohne "Pillenerfahrung" im Alter von 22 und 23 Jahren praktizierten überhaupt noch nie irgendeine Form von Empfängnisverhütung. Der Großteil der 47 Frauen mit "Pillenerfahrung" hatte auch zeitweise andere Methoden zur Empfängisverhütung verwendet; am häufigsten wurde das Kondom angegeben.
Ich fragte die 47 Schwangeren, die die Pille - auch zu einem früheren Zeitpunkt - zur Kontrazeption verwendeten, nach der Verträglichkeit:
31 Frauen (66.0%) vertrugen sie gut, 16 (34.0%) vertrugen sie nicht. Trotz teilweise heftiger Nebenwirkungen (starke Gewichtszunahme, Heißhunger, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen - um nur die häufigsten Nebenwirkungen zu nennen) nahmen 8 Frauen die Pille über mehr als 1 Jahr ein.

Kurze Einzelfalldarstellung der beiden Frauen, die trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs nie Empfängnisverhütung praktizierten:

Frau A:
22 Jahre alt, nicht verheiratet, nicht geschieden, keine Kinder. Seit 5 Jahren hat sie einen festen Partner mit

dem sie in einer gemeinsamen Wohnung lebt und sich "sehr gut" versteht. Frau A hat die Mittlere Reife und machte anschließend eine Lehre als Fluoristin.
Seit Beginn der Partnerschaft wünscht sie sich ein Kind. "Wir hatten die Hoffnung schon aufgegeben!" Frau A ist sehr sehr glücklich über die jetzige Schwangerschaft,erwähnt keinerlei Probleme und möchte nach der Geburt des Kindes für immer zu Hause bleiben, um sich ganz dem Kind widmen zu können. Information des Gynäkologen: es ist eine Problemschwangerschaft.

Die Gesprächsatmosphäre während der Befragung war offen, Frau A betonte immer wieder wie glücklich sie wäre und freut sich auf die Geburt des lange erwarteten Wunschkindes.

Frau B.:
23 Jahre alt, seit 6 Monaten verheiratet, nachdem ihre erste Ehe geschieden wurde (sie dauerte nur ein Jahr). Keine Kinder. Frau B. hat die Mittlere Reife und machte eine Lehre als Diätassistentin und arbeitete auch in diesem Beruf. Sie kennt ihren jetzigen Mann seit einem Jahr und bezeichnet die Beziehung als "sehr gut". Abtreibung wäre für sie nie in Frage gekommen; sie rechnete jedoch aufgrund häufiger Unterleibs- und Nierenbeckenentzündungen nicht mehr mit einer Schwangerschaft und hatte sich damit abgefunden, keine Kinder bekommen zu können.
Frau B. wirkt sehr zurückhalten und skeptisch. Alle Fragen, die mögliche Probleme berühren, wehrt sie energisch ab. Information des Gynäkologen: Frau B. hatte vor ca. einem Jahr eine Abtreibung, die sie mir verschwieg.

Antikonzeption als eine ausschließlich rationale Entscheidung zwischen verschiedenen Methoden der Verhütung aufzufassen (solange kein Kinderwunsch besteht) übersieht die Vielzahl psychologischer Momente und Probleme. HOFFMEYER (1973) betont, daß das Problem der Nichtverhütung

nicht eine Sache rein technischer Unterweisung sei, sondern daß es im Zusammenhang mit psychologischen und sozialen Faktoren gesehen werden muß. MENNE und MOERSCH (1980) bemerken, daß die Neigung, die Realität der Konzeptionsmöglichkeit bzw. der erfolgten Konzeption nicht zur Kenntnis zu nehmen, in extremen Fällen dazu führt, daß die Schwangerschaft erst im vierten Monat festgestellt, bis dahin also verleugnet wurde.

KOSCHORKE und SANDBERGER (1978) führen weiter aus, daß es überrascht, wie oft ein Mädchen fest davon überzeugt ist, unfruchtbar zu sein und zwanghaft dazu getrieben wird, diese Annahme zu überprüfen.

Unter den von mir befragten Frauen, die "Pillenmüdigkeit" angaben, waren die Abiturientinnen am stärksten vertreten; überhaupt konnte ich feststellen, daß Frauen mit höherer Schulbildung eher eine "ideologisch-feministische" Abwehr gegenüber der Pille hatten und stärker bereit waren auf andere, weniger bequeme und unsicherere Methoden wie Diaphragma und Präservativ oder regelmäßige morgendliche Messung der Basaltemperatur auszuweichen.

Am bereitwilligsten nahmen die verheirateten Hausfrauen die Pille; bei Studentinnen war eine höhere Risikobereitschaft zur Schwangerschaft vorhanden. Möglicherweise hängt das - neben der geschlechtsrollenbewußten Ablehnung der Pille - auch damit zusammen, daß sie eher Informationen über die negativen Folgen der Pille sowie von Ärzten, die eine Abtreibung vornehmen haben. Außerdem tolerieren die Abiturientinnen eine Unterbrechung moralisch eher als Frauen mit Hauptschulabschluß.

6.2. Prinzipielle Ablehnung der Pille

15 Frauen (31.9%) lehnen die Pille prinzipiell ab.
10 Frauen aus der Gruppe, die die Pille schlecht vertragen haben, lehnen sie deshalb ab, die anderen 5 Frauen litten zwar nicht unter Pillennebenwirkungen, doch erklärten sie ihre Ablehnung damit, daß die ständige Einnahme der Pille "unnatürlich sei" ("Pillenmüdigkeit"), sie als Frau damit die ganze Verantwortung für die Empfängisverhütung zu übernehmen hätten (Machtkampf mit dem Partner) oder sie Angst vor den möglichen Nebenwirkungen hätten.

32 Frauen (68.1%) lehnen die Pille nicht ab.
Die drei Frauen, die mit der Pille keine Erfahrung haben, hatten keine Meinung zu dieser Frage.

Für 2/3 der von mir befragten Schwangeren stellt die Pille heute sowohl unter dem Aspekt der Verträglichkeit, als auch hinsichtlich ihrer prinzipiellen Einstellung eine praktikable Methode zur Empfängnisverhütung dar.

Die Auswertung der Mittelwerte des Gießen-Test und deren varianzanalytischer Vergleich (Abb. 1) von Patientinnen, die die Pille ablehnen und solcher, die sie nicht ablehnen, zeigt signifikante Unterschiede in der Skala II. Alle Werte befinden sich im Normbereich.
Frauen, die sich selbst als dominant, impulsiv und mit starken Herrschaftsansprüchen erleben, lehnen die Pille eher ab. Die ausgeprägt dominanten Persönlichkeitsstrukturen dieser Frauen scheinen es ihnen schwer zu machen, sich der regelmäßigen Pilleneinnahme unterzuordnen.

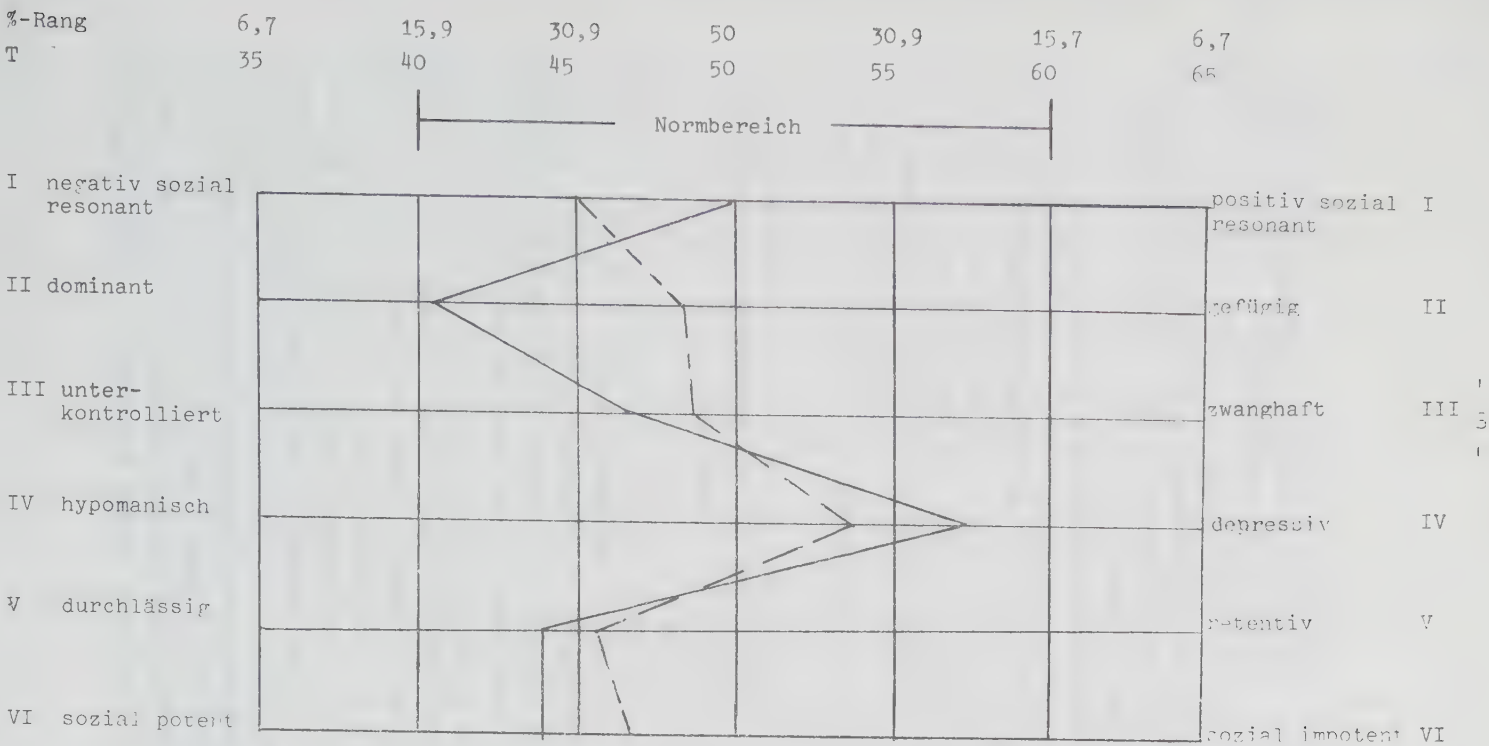

Abb. 1: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 15 Patientinnen, die die Pille ablehnen (——) sowie 30 Patientinnen, die die Pille nicht ablehnen (--).

Die Unterschiede in der Skala II sind signifikant.

6.3. Schwangerschaftsunterbrechungen und Fehlgeburten bei früheren Schwangerschaften

8 Frauen (16.0%) hatten eine Unterbrechung vor der jetzigen Schwangerschaft; keine Frau hatte mehr als eine Unterbrechung.
12 Frauen (24.0%) hatten eine Fehlgeburt; eine Frau hatte 2 Fehlgeburten.
Die relativ hohe Zahl an Fehlgeburten (das Verhältnis von Fehlgeburten zu Unterbrechungen beträgt 2:1) legt den Schluß nahe, daß einige Frauen vergangene Unterbrechungen als "Fehlgeburten" uminterpretieren oder die Unterbrechung einfach verschweigen, wie die Darstellung von Frau B. zeigt.

6.4. Wird nach Erfüllung des Kinderwunsches eine Sterilisation erwogen?

Einige Schwangere empfanden diese Frage als Provokation; alle diese Frauen antworteten mit "nein".
7 Frauen (14.0%) bejahten die Frage und einige hatten sich bereits über die Sterilisation informiert. Fast alle aus dieser Gruppe wollten den Eingriff nach dem 2. Kind vornehmen lassen.
30 Frauen (60.0%) wollen sich auf keinen Fall sterilisieren lassen und 13 Frauen (26.0%) wußten keine Antwort auf die Frage.
Als einzige quantitative Angabe über den Wunsch zur Sterilisation (nach erfülltem Kinderwunsch) fand ich in der Literatur bei BRENNECKE (1977), daß 10% ihrer Patientinnen eine Sterilisation wollten. Diese Zahl deckt sich mit meinen Ergebnissen.
Interessant erscheint mir die Frage, ob Frauen, die eine Unterbrechung hinter sich haben, nach Erfüllung des

Kinderwunsches eher bereit sind, sich sterilisieren zu lassen. Obwohl nur 8 der befragten Frauen eine Unterbrechung hatten und diese kleine Stichprobe nicht generalisierbar ist, möchte ich sie gesondert aufführen:
2 Frauen (25.0%) wollen sich sterilisieren lassen,
3 Frauen (37.5%) lehnen die Sterilisation ab und
3 Frauen (37.5%) haben sich noch kein Urteil gebildet.

6.5. Der Wunsch schwanger zu werden in Relation zum Antikonzeptionsverhalten

30 Frauen (60.0%) wechselten die Methode der Empfängnisverhütung, 20 Frauen (40.0%) nahmen keinen Wechsel vor; zu dieser Gruppe gehören auch die Frauen, die überhaupt keine Kontrazeption praktizieren.
Innerhalb der Gruppe, die einen Wechsel vorgenommen hatten (30 Frauen) wechselten 15 von einer sicheren Methode (Pille, Intrauterinpessar) auf eine unsichere Methode. 15 Frauen wechselten von einer unsicheren Methode zum völligen Weglassen jeder Verhütung. Dabei gab es keine Unterschiede zwischen Frauen, die schon ein Kind hatten und solchen, bei denen es sich jetzt um die Erstschwangerschaft handelt.
Die 15 Frauen, die keine Verhütung mehr praktizieren, äußerten einhellig den Wunsch nach einem Kind als Grund für das Weglassen der Kontrazeption. Die anderen 15 Frauen, die auf eine unsichere Methode wechselten, konnten diesen Schritt nur in wenigen Fällen begründen; falls sie eine Begründung angaben, dann wurde meist "Pillenmüdigkeit" oder negative Nebenwirkungen der Pille angegeben, aber kein expliziter Kinderwunsch.
Diese Haltung des "darauf-ankommen-lassens" spricht meiner Meinung nach für einen latenten Kinderwunsch, ohne daß die Frauen aber bereit oder fähig sind, sich offen damit (und auch mit dem Partner) auseinanderzusetzen.
In der Gruppe, die weiterhin eine unsichere Methode praktizierte (15 Frauen) gaben 6 Frauen an, daß die Schwangerschaft auf das Versagen der Antikonzeptionsmethode zurückzuführen sei (Diaphragma 3 Mal, Präservative 1 Mal, Patentx oval 2 Mal).

6.6. Gespräch mit dem Partner über Kinderwunsch

Welche Rolle spielt der Mann/Partner bei der Realisierung des Kinderwunsches? Wie offen ist die Kommunikation der Partner über dieses Thema und wie gehen die Partner mit Differenzen in bezug auf den Kinderwunsch um?
In meiner Arbeit befragte ich nur die schwangeren Frauen selbst; eine Parallelbefragung der "werdenden Väter" war in diesem Rahmen nicht möglich.
41 Frauen (83.7%) gaben an, daß ausführlich mit dem Mann/Partner über den Kinderwunsch gesprochen wurde.
8 Frauen (16.3%) gingen von einer stillschweigenden Übereinstimmung aus. Eine Frau hat keinen Partner.

Die Frauen, die von einer stillschweigenden Übereinstimmung ausgingen, äußerten u.a., "daß man einfach "diplomatisch" vorgehen müsse", "daß sich der Mann dann auch über die Schwangerschaft gefreut hätte" oder daß "Kinderkriegen Frauensache sei".
Der Kinderwunsch war bei der von mir befragten Gruppe von Schwangeren konkreter und stärker als der der meisten Männer/Partner. In einigen Ehen gabe es darüber große Differenzen ("Mein Mann wollte zuerst noch eine Videoanlage und ein neues Auto"), die nur zum Teil offen zwischen den Partnern ausgetragen wurden. Auch einige der Frauen, die angaben, daß "ausführlich darüber gesprochen worden sei", konnten auf mein Nachfragen keine genaueren Angaben machen.
Fazit: Ungefähr die Hälfte der Frauen hält Kinderkriegen für eine "Frauensache" - der Mann spielt eine untergeordnete, bremsende Rolle (Anschaffungen und Sicherung der finanziellen Existenz kommen für die "werdenden Väter" vor dem Kinderwunsch), Spannungen wegen dieses Themas werden oft durch "diplomatisches Vorgehen" ("Ich hab' die Pille einfach abgesetzt, ohne ihm das zu sagen!") vermieden.

6.7. Waren die früheren Kinder geplant/ ungeplant?

Von den 50 Befragten haben 21 Frauen bereits Kinder. 18 Frauen haben ein Kind, 3 Frauen 2 Kinder. Von diesen 24 Kindern waren 12 Kinder geplant und 12 nicht geplant.
Die 3 Frauen, die bereits 2 Kinder haben, planten entweder beide Kinder (in 2 Fällen) oder beide Kinder waren ungeplant.
Beziehe ich die jetzige Schwangerschaft mit ein, so ergeben sich 21 Zweitkinder, von denen 16 (76.2%) geplant sind und nur 5 Kinder (23.8%) ungeplant. Während bei den ersten Kindern die Hälfte geplant war, waren mehr als Dreiviertel der Zweitkinder geplant.
Die Tendenz, daß die Planung der Zweitkinder bewußter geschah, spricht für die positive Erfahrung dieser Frauen mit der Erstschwangerschaft und ihrem ersten Kind - die geringere Planung bei den Erstkindern für die nachvollziebare Ambivalenz.

Führt die Tatsache, daß eine Frau eine Unterbrechung hatte, zu einer bewußteren Planung der folgenden Schwangerschaft?

Die 8 Frauen mit Unterbrechung hatten 50% der Kinder geplant und 50% nicht geplant. Eine Schwangerschaftsunterbrechung hat nach meinen Ergebnissen keinen Einfluß auf die bewußte Planung weiterer Schwangerschaften.
Die Auswertung der Mittelwertprofile des Gießen-Tests und deren varianzanalytischer Vergleich der Selbstbilder von 9 Frauen mit einem Kind, das geplant war, und 9 Frauen mit einem ungeplanten Kind (Abb. 2), ergab signifikante Unterschiede in der Skala IV.
Die Frauen mit einem geplanten Kind erleben sich als häufiger bedrückt, ängstlicher, abhängiger und trauen sich viel Selbstreflektion zu. Diese Eigenschaften tragen zur bewußten Empfängnisverhütung und damit zur bewußten Planung von Kindern bei, während die Frauen mit ungeplanten Kindern "es schon mal drauf ankommen lassen" und mit "gesundem Optimismus" sich dann auch mit der Situation der Schwangerschaft auseinandersetzen.

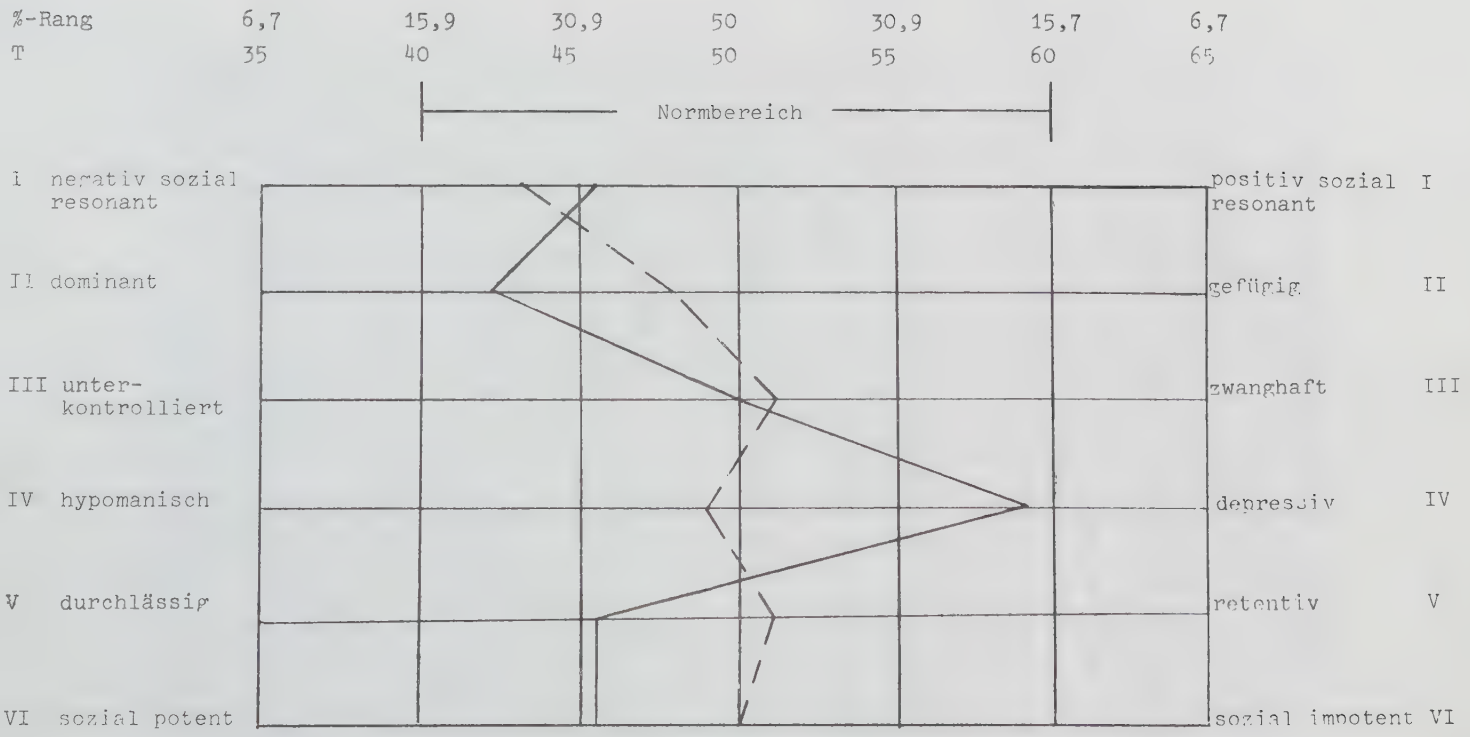

Abb. 2: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 9 Patientinnen mit einem Kind, das geplant war (——) sowie von 9 Patientinnen mit einem Kind, das nicht geplant war (--).

Die Unterschiede in der Skala IV sind signifikant.

6.8. Wie lange wurde für die jetzige Schwangerschaft "geübt"?

Tab. 1:

Patientinnen		Dauer bis zum Eintritt der Schwangerschaft
Anzahl	%	
19	31.5	1 - 3 Monate
5	13.2	4 - 6 Monate
4	10.5	7 - 9 Monate
2	5.2	10 -12Monate
2	5.2	13- 18Monate
5	13.2	19 -24Monate
5	13.2	mehr als 2 Jahre
38(x)	100.0	Total

(x): geplante Schwangerschaften

Zwei Drittel der Frauen (68.4%) wurden innerhalb des ersten Jahres, nachdem eine Schwangerschaft geplant war, auch schwanger. 5 Frauen "übten" mehr als 2 Jahre; 2 Frauen wurden erst nach 4 Jahren, 2 weitere nach 5 Jahren schwanger. Sie litten alle unter der Tatsache, daß es nicht "klappte", äußerten, daß sie sich als Frau nicht vollwertig fühlten und daß durch das lange Warten auf die Schwangerschaft auch Konflikte innerhalb der Beziehung auftraten.

4 dieser 5 Frauen, die länger als 2 Jahre "übten", konzipierten im Urlaub.

6.9. Warum kommt es gerade JETZT zur Schwangerschaft?

Bei dieser Frage, die offen gestellt war, waren Mehrfachantworten möglich. Ich führe die Gründe für den Wunsch, schwanger zu werden, in der Reihenfolge der Häufigkeit auf:

1) die Partnerschaft/Ehe ist gut: 16 Antworten (21.9%)
2) das Alter der Frau : 12 Antworten (16.5%)
3) kein zu großer Altersabstand zwischen 1. und 2. Kind
   kein Einzelkind : 9 Antworten (12.3%)
4) Berufsausbildung fertig : 7 Antworten (9.6%)
5) Anschaffungen erledigt, Reisen gemacht, gesicherte Existenz : 7 Antworten (9.6%)

Auf die Antwortmöglichkeiten:
- Freunde/Bekannte bekommen Kinder
- der Kinderwunsch besteht schon lange
- es wurde nicht mehr mit einer Schwangerschaft gerechnet

entfielen jeweils wenige Antworten.

Drei Bereiche sind für die Entscheidung, gerade JETZT eine Schwangerschaft zu planen, ausschlaggebend: das Alter der Frau (und das Wissen um die steigenden Risiken embryonaler Mißbildungen bei Schwangeren über 30 Jahre), eine gute Partnerschaft und eine gesicherte Existenz (Anschaffungen, Reisen, "ich habe meine Freiheit genossen, jetzt wünsche ich mir ein Kind!").
Der Partnerschaft/Ehe kommt - weit vor der realen finanziellen Sicherheit - die größte Bedeutung für den Wunsch, gerade jetzt schwanger zu werden, zu. Einige Frauen gaben an, daß sie zwar auch schon in früheren Beziehungen bzw. in der ersten Ehe den Wunsch nach einem Kind gehabt hätten, daß die Beziehung aber so problematisch und unsicher gewesen wäre, daß sie sich ein Kind mit diesem Partner nicht hätten vorstellen können.

7. Vergleich der Schwangeren, die die Schwangerschaft austragen mit Interruptio-Patientinnen

Ich stelle die Gruppe der 50 von mir befragten Schwangeren, die die Schwangerschaft austragen, 228 Interruptio-Patientinnen gegenüber.
Ein Vergleich der beiden Gruppen mit dem Chi-Quadrat-Test wird vielleicht Unterschiede hervorbringen, die das unterschiedliche Entscheidungsverhalten besser erklären. Obwohl die Schwangeren, die austrugen, 6 Jahre später als die Interruptio-Patientinnen untersucht wurden, ist ein Vergleich sinnvoll, denn das Krankenhaus, in dem die Untersuchung an den Interruptio-Patientinnen stattfand, wurde von dem Gesundheitszentrum empfohlen und zahlreiche Patientinnen zur Interruptio dorthin überwiesen.

Teilungsüberprüfung mit Hilfe des Chi-Quadrats

1. Altersvergleich

Danach sind die Schwangeren, die austragen, hoch signifikant älter als die Interruptio-Patientinnen. Ein Hinweis, daß ein Abbruch sich nicht als Ablehnung der Elternschaft interpretieren läßt, sondern aus verschiedenen Gründen, u.a. das Alter nicht in die augenblickliche Lebensgestaltung paßt.

2. Vergleich der Beziehungssituation

Die Schwangeren, die austragen, befinden sich hoch signifikant häufiger in fester Beziehung und sind verheiratet, d.h. daß eine Partnerschaft eine wesentliche Voraussetzung ist für das Austragen einer Schwangerschaft.

3. Vergleich der Schulbildung

Hier ergibt sich wiederum kein Unterschied. Dies bestätigt Ergebnisse, daß ungewollte Schwangerschaften kein Bildungsproblem sind (GOEBEL).
In den Diskussionen wird immer wieder die Ansicht vertreten, daß das hohe Bildungsniveau von Interruptio-Patientinnen ein Auswahlproblem darstelle, das dadurch zustande komme, daß sich Frauen mit geringer Schulbildung bei einer ungewollten Schwangerschaft eher zum Austragen entschließen würden.

4. Haben Sie jemand, der Ihnen Ihr Kind mal abnehmen kann?

Die Frage zielt auf die Qualität des sozialen Kontakts. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, daß als Folge der Auflösung von Großfamilien und beruflich erzwungener verstärkter Mobilität Eltern mit ihren Kindern zunehmend isolierter werden und nicht mehr auf Unterstützung rechnen können. Es zeigt sich kein Unterschied.

5. Angst, nach Unterbrechung der Berufstätigkeit keine Arbeit zu finden

Es liegt nahe anzunehmen, daß die soziale Sicherung, die unterschiedlich erlebt wird, die Entscheidung für oder gegen ein Kind mitbestimmen wird. Viele Frauen wünschen sich eine Berufsunterbrechung, die über das halbe Jahr Schwangerschaftsurlaub hinausgeht, vor allem dann, wenn sie zwei oder drei Kinder haben. Es zeigen sich keine Unterschiede, d.h. die Interruptio-Patientinnen werden in ihrem Verhalten nicht von der Angst, nach Berufsunterbrechung keine Arbeit mehr zu finden, bestimmt.

6. Wie haben Sie sich als Kind mit den Eltern verstanden?

Hierbei wird davon ausgegangen, daß jemand, der als Kind Geborgenheit erfahren hat, emotional nicht zu kurz kam, eigene Kinder nicht als Wesen erlebt, die einen aussaugen, und denen zu geben nicht als Last erlebt wird.
Erstaunlicherweise brachte auch dieser Vergleich keine signifikanten Unterschiede.

Varianzanalytischer Vergleich der Gießenprofile zwischen Interruptio-Patientinnen und Schwangeren die austragen:

Die Unterschiede in Skala I und V (Abb. 1) sind signifikant, in Skala III hoch signifikant. Erstaunlich ist, daß sich kein signifikanter Unterschied ind Skala IV ergibt, wäre doch zu erwarten gewesen, daß die Interruptio-Patientinnen sich zur Zeit des Abbruchs bedrückter erleben.
Der hoch signifikante Unterschied in Skala III spricht für einen psychischen Strukturunterschied zwischen den beiden Gruppen, der sich im generativen Verhalten niederschlägt.

Der niedrige Wert in Skala I der Schwangeren überrascht, vor allem wenn man berücksichtigt, daß die Interruptio-Patientinnen ein Jahr nach dem Eingriff eine signifikant höhere positive soziale Resonanz aufweisen (GOEBEL 1984).

Die Schwangerschaft, die mit einer Stärkung des Selbstwertgefühls verbunden ist, findet im Erleben der Frauen keine entsprechende positive soziale Resonanz.

Der hohe Wert der Schwangeren in Skala V ist vermutlich mit ihrem Bestreben, die Schwangerschaft auszutragen, zu sehen, da sie sich in diesem Zustand nach außen verstärkt abgrenzen, um sich ganz auf das heranwachsende Kind zu konzentrieren.

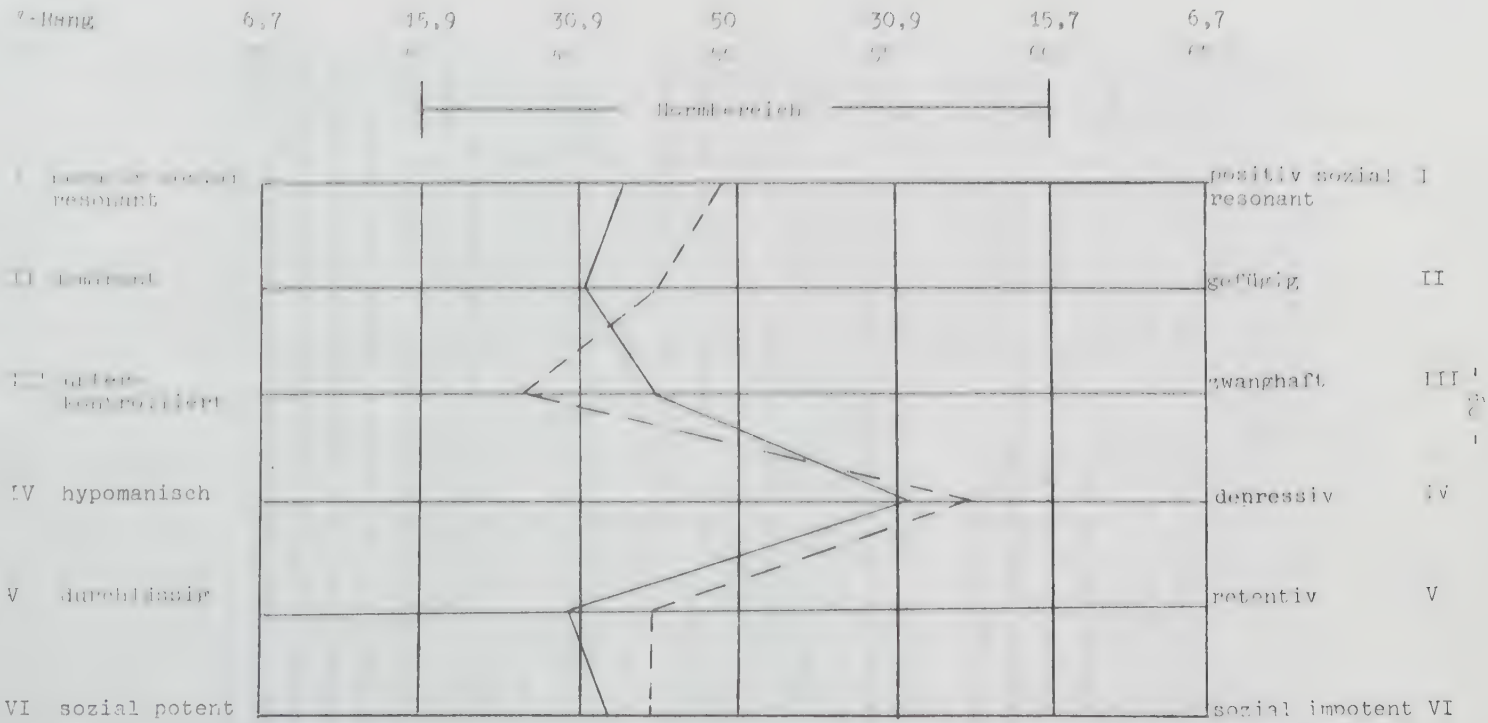

Abb. 1: Mittelwertprofil der Selbstbilder von 50 Schwangeren, die die Schwangerschaft austragen (—) und 162 Interruptio-Patientinnen (--).

Die Unterschiede in Skala I und V sind signifikant.
Die Unterschiede in Skala III sind hoch signifikant.

8. DISKUSSION

Die Freiheit zu entscheiden, ob man Kinder haben will oder nicht, besteht erst seit Einführung von akzeptablen Antikonzeptionsmitteln. Die Feststellung setzt voraus, daß Sexualität als ein Triebgeschehen anerkannt wird. Eine Entscheidung fällen bedeutet zugleich, die Folgen aus der Entscheidung zu tragen.
Für ein Paar stellt die Klärung der Verantwortungsverteilung einen oft schwierigen Prozeß dar, wobei vielleicht gerne einer dem anderen die Verantwortung zuschiebt oder unterschiedlich ausgeprägte Wünsche bestehen. Die Konsequenzen aus der Geburt eines Kindes sind schwer abzuschätzen. Kommt ein gesundes Kind zu Welt, das sich zur Zufriedenheit entwickelt? Welchen Einfluß hat das Kind auf die Partnerschaft? Wie wird sich die Beziehung zu den Eltern gestalten? Fragen, die sich nicht beantworten lassen, die dennoch für die Entscheidungsfindung wichtig sind.
Die Entscheidungsprobleme innerhalb der Partnerschaft zeigen, daß acht Frauen (60.3 %) von einer stillschweigenden Übereinstimmung mit ihrem Partner ausgingen und Kinderkiegen als Frauensache betrachten.

MITTAG und JAGENOW kamen zu der Erkenntnis, daß einem Kind eine wichtige Funktion in der psychischen Organisation zukommt. Damit meinen sie, daß bestimmte Bedürfnisse, individueller wie interaktioneller Art, befriedigt werden sollen - aber nicht müssen. Bedürfnisse, die eher autochtonen Charakter haben als daß sie gesellschaftlich oder gruppenspezifisch erklärt werden können. Die Theorien über das generative Verhalten, Wohlstandstheorie (WINGEN), Bildungstheorie (Wolf) und die Milieutheorie (KOSIC) versuchen, die Geburtenschwankungen zu erklären, aber nicht,

ob es prinzipiell einen Kinderwunsch gibt oder nicht.

Eine Klärung der Motivation wird dadurch zusätzlich erschwert, daß Schwangerschaft auch im neurotischen Sinne eingesetzt werden kann (MOLINSKI, MERZ, GOEBEL).

Die vorliegenden Daten lassen erkennen, daß die große Mehrheit der Frauen nicht in eine Schwangerschaft hineinstolpert, mehr als 75 % der Schwangerschaften sind geplant. Günstige soziale und partnerschaftliche Verhältnisse können als Voraussetzung für die Realisierung des Kinderwunsches angesehen werden. Für die Reife und für das innere Tragen der Entscheidung spricht, daß über 70 % der Frauen innerhalb des ersten Jahres nach der Entscheidung, ein Kind zu wollen, schwanger werden. Dieses Ergebnis verdeutlich die Problematik von Ehepaaren mit funktioneller Sterilität (STAUBER, GOEBEL und DIECKHOFF). Welche Bedeutung den realen sozialen Verhältnissen zukommt, zeigen die Gießen-Profile, Abb. 6 (Kapitel 3). So erleben sich die Frauen, die in befriedigenden oder schlechten finanziellen Verhältnissen leben als hochsignifikant depressiver als die Frauen, die in guten oder sehr guten finanziellen Verhältnissen leben. Die Antworten auf die Frage, warum jetzt eine Schwangerschaft geplant und ausgetragen wird, fällt entsprechend rational begründet aus. Der Einfluß der Partnerschaft auf das Erleben ergibt sich aus Abb. 1 (Kap. 5) , die Frauen mit schlechter Beziehung erleben sich als sehr depressiv außerhalb des Normbereichs. Der Vergleich mit den Schwangeren, die abbrechen, sollte eventuell vorhandene Unterschiede erbringen, die die Entscheidung für oder gegen ein Kind vor allem auf der psychischen Ebene deutlicher werden lassen. Die gefundenen Unterschiede bestehen lediglich in der besseren Partnersituation und in dem höheren Alter der Schwangeren, die austragen.

Das höhere Alter wird zugleich mit der besseren Partnerschaft korrelieren. Der Prozeß der Partnerfindung ist teilweise abgeschlossen, ebenso wie die Berufsausbildung. Keine Unterschiede ergeben sich bei den Fragen nach der Geborgenheit in der Herkunftsfamilie und in den Fragen der Qualität der sozialen Kontakte und in der sozialen Angst und dem sozialen Sicherheitsempfinden. Die Ergebnisse betonen erneut die Wichtigkeit der sozialen partnerschaftlichen Situation, erklären aber nicht, warum Frauen ungewollt schwanger werden und abbrechen lassen, obwohl sie sich zu jung fühlen, eine Schwangerschaft auszutragen und/oder die Partnerschaft für ein Kind noch nicht ausreicht. Die Arbeit konnte die Motivation, ein Kind zu bekommen, nicht klären, vielleicht weil es sich um ein autochtones Erfahrungsbedürfnis handelt.
Die Ergebnisse der Arbeit machen aber die große Bedeutung der Partnerschaft und der sozialen Bedingungen für die Realisierung des Kinderwunsches deutlich.

Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung wurde an 50 deutschsprachigen Schwangeren, die als Patientinnen in die gynäkologische Gemeinschaftspraxis im Gesundheitszentrum Gropiusstadt kamen, durchgeführt.
Die Frauen befanden sich in unterschiedlichen Schwangerschaftsstadien. Die Untersuchung wurde von Oktober 1982 bis März 1983 durchgeführt.

Ziel der Arbeit war es, soziopsychologische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Akzeptierung einer Schwangerschaft sowie Faktoren zu erarbeiten, die den Wunsch nach einem Kind und vor allem seine Realisierung zum jetzigen Zeitpunkt erklären.
Dazu legte ich den Patientinnen einen Fragebogen zur Erhebung der psychosozialen Daten vor. Zusätzlich erhielten sie ein Exemplar des Gießen-Test zur Selbsteinschätzung (GT-S), der den interaktionellen Aspekt des Schwangerschaftsgeschehens verdeutlichen sollte.

Die Auswertung des psychozozialen Fragebogens ergab ein Durchschnittsalter der Schwangeren von ca. 27 Jahren. Keine Frau war jünger als 20 Jahre; das Durchschnittsalter der Partner lag ca. 5 Jahre höher.

Dreiviertel der Frauen waren verheiratet. Etwas mehr als die Hälfte der Schwangeren hatte bereits ein oder zwei Kinder.
Der Ausbildungsstand der Schwangeren und ihrer Partner war überdurchschnittlich hoch.
Die Auswertung der Mittelwerprofile aus dem Gießen-Test nach Schulbildung geordnet und ihr varianzanalytischer Vergleich ergab deutliche Unterschiede zwischen Abiturientinnen einerseits und Frauen mit Hauptschulabschluß oder Mittlerer Reife auf der anderen:

Die Abiturientinnen sind deutlich dominanter und weniger gefügig und halten sich für beliebter, attraktiver und aufgeschlossener. Sie haben ein signifikant selbstbewußteres und positiveres Selbstbild in bezug auf soziale Resonanz und soziale Potenz.
Die Autoren des Gießen-Test weisen darauf hin, daß Patientinnen mit ausgeprägter Dominanz dazu neigen, innere Konflikte an einem dominierten Partner abzureagieren.
Im Selbstfindungsprozeß dieser Frauen wird es daher immer wieder aufgrund der Beziehungsproblematik zu Selbstwertkrisen kommen. Eine Schwangerschaft könnte zu deren Bewältigung beitragen.
Die Ablehnung der Pille aus prinzipiellen Gründen war bei Abiturientinnen am häufigsten. Die ausgeprägt dominanten Persönlichkeitsstrukturen dieser Frauen scheinen es ihnen schwer zu machen, sich der regelmäßigen Pilleneinnahme unterzuordnen.

Die Wohnsituation sowie die finanziellen Verhältnisse der Schwangeren, waren, von wenigen Ausnahmen abgesehen, gut oder sehr gut. Die subjektive Einschätzung entsprach recht genau den wirklichen Verhältnissen.
Die Euphorie vieler Schwangerer durch die Schwangerschaft, die sich vor allem im Bereich "Partnerbeziehung" durch fehlendes Problembewußtsein und einer Tendenz zur Beschönigung äußerte, wirkte sich auf die Aussagen zur sozial/finanziellen Situation nicht aus.
Ungünstige soziale Bedingungen scheinen sich nur wenig oder gar nicht auf den Kinderwunsch und seine Realisierung auszuwirken.

Die Einstellung der Eltern der Schwangeren zur Schwangerschaft war überwiegend positiv, wobei sich die Väter der Schwangeren mehr freuten. Eine Erklärung dafür mag das hohe Bildungsnieveau der von mir befragten Gruppe sein, was gleichzeitig bedeutet, daß es die Frauen beruflich weiter gebracht

haben als ihre Mütter und sie sich somit nur eingeschränkt an ihren Müttern orientieren können; das führt einerseits zu vermehrten Rollenkonflikten und Orientierungsproblemen, andererseits enttäuschen diese Töchter die Erwartungen, die ihre Mütter nach beruflicher Karriere, die ihnen selbst verwehrt blieb, in sie setzten.

Der Qualität der Partnerbeziehung kommt - neben spezifischen Persönlichkeitsstrukturen der Frauen - eine zentrale Bedeutung für den Kinderwunsch und seine Realisation zu. Vier von fünf Schwangeren bezeichnen ihre Beziehung als gut oder besser. Die Frauen, die mit ihrer Partnerschaft zufrieden sind, zeichnen sich im Gießen-Test als signifikant weniger depressiv aus, was nicht überrascht.
Mein Eindruck aus den Gesprächen mit den Frauen war der, daß sie gerade bei den Fragen nach ihrer Partnerschaft am stärksten zur Beschönigung der wirklichen Situation neigten. Nicht so sehr das wirkliche Verstehen mit dem Partner mag den Kinderwunsch beeinflussen, als das subjektive Erleben der Frauen - was die Hypothese von "Resten magischen Denkens" (GOEBEL), was Schwangerschaft und Kinderwunsch auch in unserer rationalen Industriegesellschaft betrifft, unterstützt.
Obwohl ich bei meiner Untersuchung die Partner der Schwangeren nicht befragen konnte, stellte sich heraus, daß der Einfluß der Männer auf die bewußte Realisierung des Kinderwunsches gering ist. So gingen viele Frauen von einer "stillschweigenden Übereinstimmung" aus und einige hielten es nicht für notwendig, ihrem Partner mitzuteilen, daß sie die Pille abgesetzt hatten.

Die Rolle des Mannes wird auch in dieser Arbeit nicht genügend berücksichtigt. Gerade bei der Betrachtung persönlichkeitsspezifischer Probleme wird die Rolle des Mannes entscheidend, weil sich diese Probleme erst in der Partnerschaft voll entfalten, entsprechende Ängste freisetzen können, die dann durch eine Schwangerschaft gebunden werden können.

Weitere Arbeiten sollten sich vor allem der Rolle des Mannes und des interaktionellen Aspektes annehmen.

LITERATUR

BECKMANN, D.; RICHTER, H.-E.: Erfahrungen mit dem Gießen-Test. Bern, Stuttgart, Wien, 1979

BERLINER STATISTIK. Herausgegeben vom Statistischen Landesamt Berlin, 36. Jahrgang, 1982

BERNINGHAUSEN, J.: Der Traum vom Kind - Geburt eines Klischees. Frankfurt, 1980

BRENNECKE, A.-C.: Motivation, soziale Situation und Persönlichkeitsprofile bei Antrag auf Schwangerschaftsabbruch bei Nulliparae im Vergleich zu einer gleichgroßen Gruppe von Frauen mit Kinderwunsch. Berlin, 1977

BROWN, L.S.: Do users have more fun? A Study of the relationship between contraceptive behavior, sexual assertiveness, and patterns of causal attribution. Southern Illinois University at Carbendale, 1977

FREUD, S.: Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. Studienausgabe Bd. 5, Frankfurt, 1898

FREUNDT, L.: Investigation of Women Admitted to Hospital with Abortion. Acta psychiat. scand., Copenhagen, 1973

FRICK, V. et al.: Psychologische Aspekte der Nebenwirkungen oraler Kontrazeption. Arch. f. Gyn. 214, 1973, 251 - 253

GOEBEL, P.: Die ungewollte Schwangerschaft - ein neurotischer Konfliktlösungsversuch. In: Zeitschr. f. Psychosomatik u. Psychoanalyse, 3, 1982

GOEBEL, P.: Ungewollte Schwangerschaft - Ausdruck eines Konflikts oder Zufall. In: LOCKOT, R. u. ROSEMEIER, H.P. (Hrsg.): Ärztliches Handeln und Intimität. Stuttgart, 1983, 143 - 153

GOEBEL, P.: Die Bedeutung und Funktion von ungewollten Schwangerschaften - die abgebrochen werden - und die psychosozialen Konsequenzen aus diesen Abbrüchen. Habilitationsschrift, 1984

GOEBEL, P; DIECKHOFF, U.: Zur Psychodynamik von Ehepaaren mit Kinderwunsch bei funktioneller und/oder organisch bedingter Sterilität. In: STUDT, H.H. (Hrsg.): Psychodynamik in Forschung und Praxis. München, Wien, Baltimore, 1983, 496 - 503

HÖLLEIN, E.: Gebärzwang und kein Ende. Berlin, 1931

HOFFMEYER, A.: In: FREUNDT, L.: Investigation of Women Admitted to Hospital with Abortion, Acta psychiat. scand., Copenhagen, 1973

JÜRGENSEN, O.: Schwangerschaftsabbruch unter dem Aspekt von unbewältigten Trennungskonflikten - eine tiefenpsychologische Untersuchung. In: POETTGEN, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft. Köln, 1982, 119 - 123

KOSCHORKE, M.; SANDBERGER, J.F.: Schwangerschafts-Konflikt-Beratung. Göttingen, 1978

KOSIĆ, M.: Die soziologischen Grundlagen der Geburtenbeschränkung. Zürich, 1918

LADEWIG, D., HOLE, G. u. WEIDMANN, M.: Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchung bei depressiver und drogenabhängigen Patienten. In: BATTEGAY, R. et al. (Hrsg.): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychosomatik. Bern, Stuttgart, Wien, 1975, 84 - 94

LIDZ, R.W.: Motivationen und Konflikte der Empfängnisverhütung. Familiendynamik 4, 1979, 246 - 254

LOY, B.: Theoretische Ansätze zur Erklärung des veränderten generativen Verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.): Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 25. Wiesbaden, 1981

MACKENSEN, R.: Familienaufbau und Geburtenrückgang. In: SILKENBEUMER, R. (Hrsg.): Geburtenrückgang - Risiko oder Chance. Hannover, 1979

MENNE, K.; MOERSCH, M.: Zur Psychoanalyse von Schwangerschaftskonflikten. Psyche 34, 1980, 121 - 151

MERZ, M.: Unerwünschte Schwangerschaft in der Adoleszenz. Berlin, Stuttgart, Wien, 1979

MITSCHERLICH-NIELSEN, M.: Zur Psychoanalyse der Weiblichkeit. Psyche 32, 1978, 669 - 694

MITTAG, C.; JAENICKE, A.: Motive zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an verhütungswilligen Frauen. Stuttgart, New York, 1984, 20 - 24

MOLENAAR, H.: Zur Akzeptabilität kontrazeptiver Methoden. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 15, 1971

MÜNZ, R.: Familienpolitik - eine Einschätzung konkreter Maßnahmen. In: Institut für Demographie der Österr. Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): Kinderwünsche junger Österreicherinnen. Wien, 1980

OETER, F.; WILKEN, M.: Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 75, 1981

OTTOMEYER, K.: Ökonomische Zwänge und zwischenmenschliche Beziehungen. Reinbek, 1977

RABE, R.; RUNNEBAUM, B.: Kontrazeption. Berlin, Heidelberg, New York, 1982

RENNE, K.S.: Health and marital experience in an urban population. Journal of Marriage and the Family, 19, 1971, 338 - 350

SCHWARZ, K.: Informationen und Informationslücken zur neueren Entwicklung von Ehe und Familie in der Bundesrepublik Deutschland. In: RUPP, S.; WINGEN, M.(Hrsg.): Eheschließung und Familienplanung heute. Selbstverlag, 1980, 24 - 38

SILKENBEUMER, R.: Geburtenrückgang - Risiko oder Chance. Hannover, 1979

STATISTISCHES JAHRBUCH Berlin, 1980. Herausgegeben vom Statistischen Landesamt Berlin, 1980

STATT-BUCH 2. Berlin 1980

STAUBER, M.: Psychosomatik der sterilen Ehe. Berlin, 1979

STIERLIN, H.; RUCKER-EMBDEN, J.; WETZEL, N.; WIRSCHING, M.: Das erste Familiengespräch. Stuttgart, 1977

WIMMER-PUCHINGER, B.: Schwangerschaft als latenter Konflikt-empirische Untersuchung über soziale und psychische Determinanten der Entscheidungsbildung. In: POETTGEN, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft. Köln, 1981, 99 - 109

WINGEN, M.: Zur Bedeutung der Erforschung der Ursachen des Geburtenrückgangs. Bonn, 1979

WOLF, J.: Der Geburtenrückgang - Die Rationalisierung des Sexuallebens unserer Zeit. Jena, 1912

WYATT, F.: The psychoanalytic theory of fertility. Int. J. of Psychoanalytic Psychotherapy 4, 1975, 568 - 585

FRAGEBOGEN Datum: Nr.:

1) Wann sind Sie geboren? .....
2) Sind Sie verheiratet? Ja O Nein O
3) Sind Sie geschieden? Ja O Nein O
4) Leben Sie getrennt? Ja O Nein O
5) In welchem Jahr haben Sie das erste Mal geheiratet .....
6) In welchem Jahr haben Sie das zweite Mal geheiratet .....
7) Wann wurden Sie das erste Mal geschieden .....
8) Wann wurden Sie das zweite Mal geschieden .....
9) Seit wann leben Sie getrennt von Ihrem (letzten) Mann? .....
10) Haben Sie Kinder Ja O Nein O
11) Wieviele Kinder haben Sie aus erster Ehe: .....
12) Wieviele Kinder haben Sie aus zweiter Ehe: .....
13) Wann sind die Kinder geboren (der Reihenfolge entsprechend) .....
.....
.....
14) War bei Ihrer 1. Heirat ein Kind unterwegs oder schon geboren? Ja O Nein O
15) War der Vater des Kindes Ihr Heiratspartner bei der ersten Heirat? Ja O Nein O
16) War das Kind der eigentliche Heiratsgrund der ersten Heirat? Ja O Nein O
17) War bei Ihrer zweiten Heirat ein Kind unterwegs oder schon geboren? Ja O Nein O
18) War der Vater des Kindes Ihr Heiratspartner Bei der zweiten Heirat? Ja O Nein O
19) War das Kind der eigentliche Heiratsgrund bei der zweiten Heirat? Ja O Nein O
20) Welche Kinder waren geplant?)Geburtsjahre der Kinder angeben)
1. Ja O Nein O
2. Ja O Nein O
3. Ja O Nein O
4. Ja O Nein O
21) Bei wem leben die Kinder überwiegend? .....
22) Wie kommen Sie mit den Kindern aus?
1. sehr gut O - gut O - befriedigend O - ausreichend O - schlecht O
2. sehr gut O - gut O - befriedigend O - ausreichend O - schlecht O
3. sehr gut O - gut O - befriedigend O - ausreichend O - schlecht O
23) Sind alle Kinder gesund? Ja O Nein O
24) Falls Nein, welches Kind ist nicht gesund und worunter leidet es?
.....

25) Falls ledig, geschieden oder vom Ehemann getrennt lebend: Haben Sie einen festen Partner: Ja O Nein O

26) Falls Sie mit Ja geantwortet haben:
Seit wieviel Jahren haben Sie diesen festen Partner? .....

27) Wohnen Sie mit Ihrem festen Partner in einer gemeinsamen Wohnung? Ja O Nein O

28) Wohnen Sie bei Ihren Eltern? Ja O Nein O

29) Wohnt Ihr Partner bei seinen Eltern? Ja O Nein O

30) Haben Sie zwei getrennte Wohnungen? Ja O Nein O

31) Wie schätzen Sie Ihre Beziehung zu Ihrem jetzigen Mann oder festen Partner ein?
sehr gut O - gut O - befriedigend O - ausreichend O - schlecht O

32) Ist der Vater Ihrer jetzigen Schwangerschaft Ihr Ehegatte oder Ihr fester Partner? Ja O Nein O

Falls Nein:

33) Ist der Vater Ihrer jetzigen Schwangerschaft ledig? Ja O Nein O

34) oder verheiratet? Ja O Nein O

35) verheiratet, aber getrennt leben? Ja O Nein O

36) geschieden? Ja O Nein O

37) Hat er eine andere feste Beziehung? Weiß nicht O Ja O Nein O

38) In der wievielten Woche sind Sie schwanger? .....

39) Wie haben Sie sich in den letzten Jahren überwiegend geschützt?
.....

40) Wie ist der Verlauf Ihrer Regelblutung? schmerzhaft O nicht schmerzh. O

Wie kam es zur Konzeption, falls Sie die Pille genommen haben?

41) Haben Sie eine Pillenpause gemacht? Ja O Nein O

42) Haben Sie die Pille vorläufig abgesetzt? Ja O Nein O

43) Falls Ja: Wann haben Sie mit der Pause/ dem Absetzen begonnen?
.....

44) Die wievielte Pillenpause ist dies? .....

45) Hat Ihr Arzt Ihnen die Pillenpause empfohlen? Ja O Nein O

46) Falls Ja, was hat Ihr Arzt Ihnen als Alternative empfohlen?
.....

47) Haben Sie sich die Pillenpause selbst verordnet? Ja O Nein O

48) Sind Ihnen die Pillen einfach ausgegangen? Ja O Nein O

49) Haben Sie die rechtzeitige Einnahme vergessen? Ja O Nein O

50) Falls Ja: Haben Sie die Pille dann abgesetzt? Ja O Nein O

51) oder weiter genommen? Ja O Nein O

Falls Sie seit längerem die Pille nicht genommen haben:

52) Haben Sie die Pille gut vertragen? Ja O Nein O

53) Falls Nein: welche Beschwerden hatten Sie?
.....

54) Lehnen Sie die Pille prinzipell ab? Ja O Nein O

55) Falls Ja: Wie haben Sie sich jetzt geschützt gehabt?
durch Sterilisation O durch Minipille O durch die Spirale O

mit Patentex Oval O mit Kondomen O mit Diaphragma O

Durch regelmäßige Temperaturmessung und strikte Anwendung der daraus gewonnenen Erkenntnisse: Ja O Nein O

Durch Coitus interruptus: Ja O Nein O

Durch strikte Anwendung der Knaus-Ogino-Regel (Ausrechnung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage) Ja O Nein O

Ungefähre Anwendung der Knaus-Ogino-Regel Ja O Nein O

Ungefähre Anwendung der Knaus-Ogino-Regel in Verbindung mit Coitus interruptus Ja O Nein O

Falls diese angeführten Verhütungsmethoden nicht zutreffen:

Haben Sie einfach mal nicht aufgepaßt? Ja O Nein O

Haben Sie aufgrund Ihres Alters nicht mehr mit einer Schwangerschaft gerechnet? Ja O Nein O

Haben Sie aus anderen Gründen nicht mehr mit einer Schwangerschaft gerechnet, z.B. weil es bisher immer gut ging, weil Sie aufgrund einer Krankheit glaubten, nicht schwanger werden zu können, weil Ihr Mann/ Partner nicht zeugungsfähig ist usw. Ja O Nein O

Falls Ja: Aus welchen Gründen? .....

56) Haben Sie die Art der Empfängnisverhütung mit dem selben Partner plötzlich geändert? Ja O Nein O

57) Aus welchen Gründen? .....

58) Haben Sie die Art der Empfängnisverhütung mit einem anderen Partner geändert? Ja O Nein O

Wie wurde die jetzige Schwangerschaft festgestellt?

59) Durch Untersuchung eines Frauenarztes? Ja O Nein O

60) Durch einen Urintest? Ja O Nein O

61) Durch Verabreichung von Tabletten und/ oder von Spritzen, die die Regel auslösen sollten? Ja O Nein O

62) Welche Gründe spielten eine Rolle, daß es JETZT zur Schwangerschaft kommt? (Entscheidungsprozeß) .....

Berufsausbildung fertig? Ja O Nein O

Gute Partnerschaft/ Ehe? Ja O Nein O

Ihr Alter? Ja O Nein O

Freunde/Bekannte bekommen auch Kinder? Ja O Nein O

63) Wie wurde mit dem Partner über den Kinderwunsch und die Kinderzahl gesprochen? Gar nicht O ausführlich O ohne Ergebnis O

64) Wie war die Übereinstimmung zwischen Ihnen u. Ihrem Partner in bezug auf Kinderwusch, Kinderzahl und Zeitpunkt der Schwangerschaft?

sehr groß O groß O ähnlich O leicht verschieden O sehr verschieden O

65) Wieviele Monate hatten Sie vor Ihrer letzten geplanten Schwangerschaft Verkehr, um schwanger zu werden? .....

66) Hatten Sie schon einmal eine Schwangerschaftsunterbrechung? Ja O Nein O

67) Falls Ja: Wieviele? .....

68) Wann? .....

69) Waren sie legal oder illegal? .....

70) Falls legal: Medizinische Indikation? Ja O Nein O
Soziale Indikation ? Ja O Nein O
Psychiatrische Indikation? Ja O Nein O

71) Waren Ihre früheren Schwangerschaften vom gleichen Mann wie die jetzige? Ja O Nein O

72) Wie kam es bei den vergangenen Abbrüchen zur Schwangerschaft?
.....

73) Hatten Sie Fehlgeburten? Ja O Nein O

74) Falls Ja: Wieviele? .....

75) Erwägen Sie eine Sterilisation? Weiß nicht O Ja O Nein O

76) Erwägen Sie sich zu trennen oder scheiden zu lassen? Ja O Nein O

78) Welche Schulbildung haben Sie?
Sonderschule O Hauptschule O Mittlere Reife O Abitur O

79) Befinden Sie sich noch in der Berufsausbildung? Ja O Nein O

80) Falls Ja: In welcher? Schule O Studium O Lehre O

81) Falls Nein: Welche Berufsausbildung haben Sie?
Keine O Lehre O Lehre u. Weiterbildung O Fachhochschule O Hochschule O

82) Wieviele Jahre waren Sie insgesamt ganztags berufstätig? .....

83) Wieviele Jahre waren Sie insgesamt halbtags berufstätig? .....

84) Waren Sie in den lezten beiden Jahren berufstätig? Ja O Nein O

85) Falls Ja: Als was? .....

86) Haben Sie es beruflich weiter gebracht als Ihre Mutter?
Ja O Nein O Kein Unterschied O

87) Würden Sie eine Halbtagstätigkeit akzeptieren? Ja O Nein O

88) Glauben Sie, daß sie eine Halbtagstätigkeit finden können? Ja O Nein O

89) Was verdienen Sie zur Zeit? .....

Falls Sie keinen festen Partner haben u. nicht bei Ihren Eltern wohnen:

90) Wieviele Zimmer hat Ihre Wohnung? .....

91) Wieviel Miete zahlen Sie für Ihre Wohnung? .....

92) Geburtsjahr Ihres Mannes/ festen Partner? .....

93) Welche Schulbildung hat Ihr Mann/ fester Partner?
Sonderschule O Hauptschule O Mittlere Reife O Abitur O

94) Befindet sich Ihr Mann/ fester Partner noch in der Berufsausbildung?
Ja O Nein O

95) Falls Ja: In Welcher? Schule O Studium O Lehre O

96) Falls Nein: Welche Berufsausbildung hat Ihr Mann/fester Partner abgeschlossen?
Keine O Lehre O Lehre u. Weiterbildung O Fachhochschule O Hochschule O

97) Als was ist Ihr Mann/ fester Partner zur Zeit tätig?

.....

98) Falls Sie von Ihrem Mann getrennt leben oder geschieden sind:
Als was war Ihr getrennt lebender Mann oder Ex-Gatte tätig?

.....

99) Falls Sie mit Ihrem Mann/ festen Partner zusammen leben:

Wieviele Zimmer hat Ihre gemeinsame Wohnung? .....

Wieviel Miete zahlen Sie für die gemeinsame Wohnung? .....

100) Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation insgesamt ein?

sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

101) Wie schätzen Sie Ihre Wohnsituation insgesamt ein?

sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

102) Hat sich Ihr Kinderwunsch nach dem 1. Kind verändert? Ja O Nein O

103) Falls Ja: Möchten Sie mehr O oder weniger O Kinder?

104) Hat sich der Kinderwunsch Ihres Mannes/festen
Partners nach dem 1. Kind verändert? Ja O Nein O

105) Falls Ja: Möchte er mehr O oder weniger O Kinder?

106) Falls Ja: Ist diese Veränderung bei Ihnen durch das Kind bedingt
oder durch eine Veränderung in Ihrer Beziehung?

Durch das Kind bedingt? Ja O Nein O
Durch die veränderte Beziehung bedingt? Ja O Nein O
Durch das Kind und die Beziehung
bedingt, weil das Kind die Beziehung
verändert hat? Ja O Nein O

107) Falls Sie bis zur Geburt des 1. Kindes gearbeitet haben:
Wieviele Jahre haben Sie Ihre Arbeit nach der Geburt des 1. Kindes
unterbrochen? .....

108) Falls Sie bis zur Geburt des 2. Kindes gearbeitet haben:
Wieviele Jahre haben Sie Ihre Arbeit nach der Geburt des 2. Kindes
unterbrochen? .....

109) Wie verliefen Ihre bisherigen Schwangerschaften u. die Geburten?

1. Kind:
sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

2. Kind:
sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

3. Kind:
sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

110) Hätten Sie Angst, nach Unterbrechung Ihrer Berufstätigkeit keine
befriedigende Arbeit mehr zu finden? Ja O Nein O

111) Hatten Sie in den ersten drei Lebensjahren Ihres 1. Kindes - außer Ihrem Mann - jemanden, der Ihnen manchmal das Kind abnahm?

Ja O Nein O

Falls Ja: Wen? .....

Beim 2. Kind? Ja O Nein O Wen? .....

Beim 3. Kind? Ja O Nein O Wen? .....

112) Mit wieviel Jahren gaben Sie Ihr Kind in den Kindergarten, Eltern-Kind-Gruppe, Kinderladen usw.?

Das 1. Kind mit ..... Jahren

Das 2. Kind mit ..... Jahren

Das 3. Kind mit ..... Jahren

113) Haben Sie nach der Geburt Ihres jetzigen Kindes jemanden, der Ihnen das Kind in den ersten 3 Jahren manchmal abnehmen würde?

Ja O Nein O Wen? .....

114) Mit wieviel Jahren würden Sie Ihr jetziges Kind in einen Kindergarten, Eltern-Kind-Gruppe, Kinderladen usw. geben? .....Jahre

115) Akzeptiert Ihre Mutter Ihre jetzige Schwangerschaft? Ja O Nein O

116) Akzeptiert Ihr Vater Ihre jetzige Schwangerschaft? Ja O Nein O

117) Waren Ihre Eltern verheiratet? Ja O Nein O

118) Lebt Ihr Vater noch? Ja O Nein O

119) Falls Nein: Wann ist er gestorben? .....

120) Lebt Ihre Mutter noch? Ja O Nein O

121) Falls Nein: Wann ist sie gestorben? .....

122) Wieviele Geschwister haben Sie? (Auch Halb- oder Stiefgeschwister angeben, aber nur, wenn sie mit Ihnen aufgewachsen sind) .....

123) Das wievielte Kind sind Sie? ..... Kind

124) Wurde in Ihrer Familie jemand bevorzugt? Ja O Nein O

125) Falls Ja: Wer? Bruder O Schwester O Selbst O

126) Waren alle Geschwister erwünscht? Ja O Nein O

127) Falls Nein: Welches/welche nicht? Selbst O Bruder O Schwester O

128) Bedeutete die Zahl Ihrer Geschwister für Sie eine finanzielle Einschränkung? Ja O Nein O

129) Hatte Ihre Mutter Fehlgeburten? Ja O Nein O

130) Hatte Ihre Mutter Schwangerschaftsunterbrechungen? Ja O Nein O

131) Was war Ihr Vater von Beruf? .....

132) Was war Ihre Mutter von Beruf? .....

133) Gehörten in Ihrer Kindheit Großeltern, Tanten und Onkel zum näheren Familienkreis? Ja O Nein O

134) Fall Ja: Wer? .....

135) Wie waren die finanziellen Verhältnisse Ihrer Eltern in Ihrer Kindheit?
sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

136) Wie haben Sie sich insgesamt mit Ihren Eltern verstanden?
sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O

137) Wer wohnt am gleichen Ort wie Sie?

Vater	Ja O	Nein O
Mutter	Ja O	Nein O
Schwiegervater	Ja O	Nein O
Schwiegermutter	Ja O	Nein O

138) Wieviele Geschwister hat Ihr Partner/Ehemann? (Auch Halb- und Stiefgeschwister, wenn er mit ihnen aufgewachsen ist) ..... Geschwister

139) Das wievielte Kind war er? ..... Kind

140) Welchen Beruf hatte der Vater Ihres Partners/ Ehemanns?
.....

141) Welchen Beruf hatte seine Mutter? .....

142) Wie hat er sich mit seinen Eltern insgesamt verstanden?
sehr gut O gut O befriedigend O ausreichend O schlecht O
weiß nicht O

143) Gehörten in seiner Kindheit Großeltern, Tanten und Onkel zum näheren Familienkreis? Ja O Nein O Weiß nicht O

144) Sind seine Eltern geschieden? Ja O Nein O

145) Leben seine Eltern noch? Mutter: Ja O Nein O
Vater : Ja O Nein O

146) Falls Nein: Wann sind sie gestorben? Mutter: .....
Vater : .....

147) Haben Sie mit Ihrem Mann/Partner darüber gesprochen wie Sie sich verhalten würden, wenn Sie unerwartet schwanger würden?
Ja O Nein O

148) Wie würden Sie sich entscheiden?
Für eine Unterbrechung O Gegen eine Unterbrechung O Weiß nicht O

149) Welche Meinung hat Ihr Mann dazu?
Für eine Unterbrechung O Gegen eine Unterbrechung O Weiß nicht O

150) Falls gleiche Angaben: Kam Ihre gemeinsame Entscheidung erst nach längerer Diskussion zustande oder waren Sie sowieso in diesem Punkt von Anfang an derselben Meinung? Nach Diskussion: O
Sofort einig : O

Wären Sie bereit an einer eventuellen späteren Nachuntersuchung nochmals teilzunehmen? Ja O Nein O Name: Tel.:

AN ALLE SCHWANGEREN !!!

Ich bin Medizinstudent am Ende des Studiums und schreibe meine Doktorarbeit über das Thema Schwangerschaft.

Dazu habe ich einen Fragebogen ausgearbeitet, den ich gerne in einem ca. 45 - minütigen Gespräch mit Ihnen ausfüllen würde. Die Fragen werden selbstverständlich vertraulich und völlig anonym behandelt.

Für Ihre Mitarbeit wäre ich Ihnen sehr dankbar!

mit freundlichen Grüssen,

Armin Schilling Tel.: 792 32 43

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

© 1972 by Verlag Hans Huber Bern
3 456 30536 2*

1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2	Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8	Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12	Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14	Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenau.
19	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Peter GOEBEL für die Überlassung des Themas sowie seine Anregungen und Korrekturen während des Verlaufs der Arbeit.

Ich danke Herrn Dipl.-Psych. Wolfgang BAER für die Bereitstellung des Computerauswertungsprogramms zum Giessen-Test.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Günther WEIDMANN, durch dessen freundschaftliche Aufgeschlossenheit ich die Möglichkeit erhielt, meine Befragung mit Schwangeren in der gynäkologischen Gemeinschaftspraxis Dr. G. Weidmann/ Dr. U. Siebel im Gesundheitszentrum Gropiusstadt durchzuführen.

Ebenso danke ich allen Mitarbeiterinnen der Praxis, die mich nicht nur als "Störfaktor" duldeten, sondern bei der Durchführung der Interviews mich in jeder Weise unterstützten.

Schließlich danke ich allen Schwangeren, die sich für diese Arbeit mit ihren persönlichen Angaben zur Verfügung stellten.

Lebenslauf

Armin Schilling, geboren am 17.8.1954 in Sindelfingen 6 als Sohn von Walter Schilling und seiner Frau Edeltraud, geborene Beuttler.

1961 Eintritt in die Grundschule in Sindelfingen 6

1965 Übergang auf das "Gymnasium in den Pfarrwiesen" in Sindelfingen

1973 Abitur

1973 Beginn des Zivilen Ersatzdienstes an der Universitätsklinik Freiburg im Bereich der Chirurgie (OP und Poliklinik)

1975 Beginn des Psychologiestudiums an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

1977 Vordiplom in Psychologie

1977 Jahresstipendium vom Deutschen Akademischen Austauschdienst an der "London School of Economics and Political Science" (LSE)

1978 Fortsetzung des Psychologiestudiums an der Freien Universität Berlin

1978 Beginn des Studiums für Humanmedizin an der Freien Universität Berlin

1980 Ärztliche Vorprüfung

1980 Diplomprüfung in Psychologie mit "sehr gut" bestanden

1981 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

1983 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

1984 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an der Freien Universität Berlin
Approbation am 10. Dezember 1984

Papyrus-Druck GmbH Berlin ☎ 3416451
Dissertationen